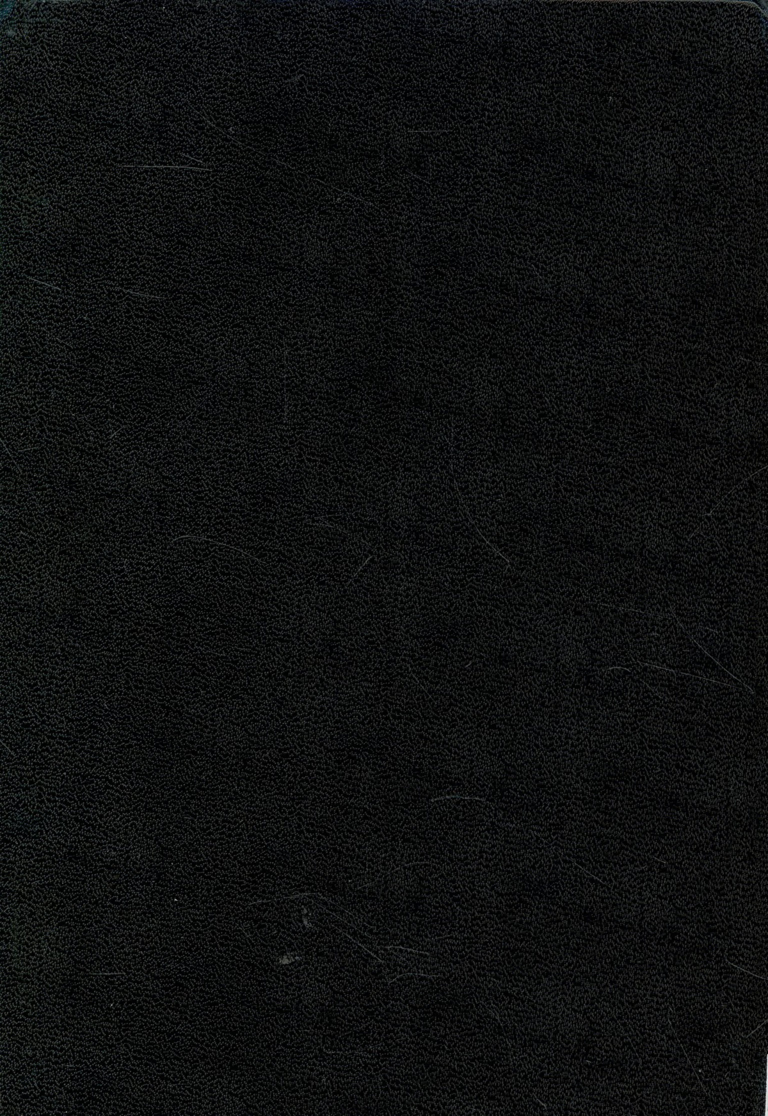


مجلة المعهد الطبي العربي

تبحث في الطب والصيدلة وجميع فروعهما

يصدرها في دمشق مصورة

المعهد الطبي العربي

مرة في الشهر ما عدا شهرَي آب وايلول

رئيس انشائها

الدكتور مُرشِد خاطر

استاذ الامراض والسريريات الجراحية

وعضو المجمع العلمي العربي

دمشق : سورية

السنة الرابعة عشرة

١٩٣٩

طبعت في مطبعة الجامعة السورية

الجزء ١ المجلد ١٤

مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في ايار سنة ١٩٣٩ م . الموافق لربيع الاول سنة ١٣٥٨ هـ .

سنتنا الرابعة عشرة

اذا كانت الصحافة المقياس الذي تقاس به حضارة البلاد وكانت المجلات الطبية الدليل على درجة ارتقاء الطبابة في البلد الذي تصدر عنه تلك المجلات حقّ لنا، ومجلتنا الصحيفة الطبية الوحدة في البلاد السورية، ان نوجه انظارنا في مطلع سنتنا الرابعة عشرة الى زملائنا الافاضل سائلين منهم ان يمدوا هذه المجلة بثمرات بحثهم وتنقيبهم وان يشجعوها بالاقبال عليها لتستطيع السير بخطى ثابتة الى الامام لانها ان ارتقت كانت دليلًا على ارتقاء مستوى الطب في البلاد السورية وان تقهقرت لا سمح الله كانت البرهان الدامغ على تقهقر الطب في هذا البلد العزيز . ولا تستطيع الصحافة الحياة ان لم يقبل الشعب عليها ويغذيها بعلمه وماله ولا تقوى على الازدهار ومماشاة المجلات الراقية بمظهرها الزاهي الجميل وابحاثها المفيدة اذا لم يعدّها كل زميل عربي مجلته الخاصة ويفرد لها في خزانة كتبه المقام الاول . فعسى ان تتنبه هذه العاطفة الوطنية النبيلة في زملائنا الافاضل وان نرى منهم ما ننتظر فتزداد مجلتنا اتقاناً كلما ازدادوا عليها اقبالاً وفقنا الله الى ما فيه خدمة هذا الوطن العزيز ورفع مستوى الطب في بلادنا انه السميع المجيب .

الجمعية الطبية الجراحية بدمشق

جلسة الثلاثاء في ١١ نيسان سنة ١٩٣٩

قرئت التقارير التالية :

١ — عيلة مصابة بالضمور العضلي البدئي، للعليمين ترابو وبشير العظمه : عيلة مؤلفة من ام وخمسة اولاد قد نسلوا من قران ضاوي (consanguin) (قران بين ابناء العم) واربعة من هؤلاء الخمسة مصابون بالضمور العضلي البدئي الذي بدأ في كل منهم بالشكل الضخامي الموهم (pseudo-hypertrophique) المنسوب الى بولونيه في السنة السادسة من العمر . وقد اصيب القطنان في الولد الثالث البالغ من العمر ثماني سنوات والولد الثاني الذي بلغ الخامسة عشرة من عمره . واصيبت عضلات الزنار الكتفي في الولد البكر البالغ من العمر ١٧ سنة . واما الصغير الذي بلغ الخامسة من عمره فلا يزال سليماً حتى الآن ، وقد اجتمعت في هذه العيلة الاشكال الدرسية للضمور العضلي البدئي الاساسي : الشكل الضخامي الموهم الذي اكتمل بشكل ليدن مابيوس ونخيراً بشكل أرب الفتوي. وشكل لاندوزي ديجرين وحده لم يصادف فيها

المناقشة : العليمان مرشد خاطر ، حسني سبح

٢ — حادثة رثية مزمنة مشوهة تحسنت باستئصال نظائر الدرق_العليم عزة مريدن

مريض مصاب بالرثية المزمنة المشوهة وقد عمَّ الداء معظم مفاصله وشوه تشويهاً شديداً قدميه ، كلس دمه ١٨٥ مليغراماً ، آلامه مختلفة وعجزه شديد ، استؤصلت نظائر الدرق في الجهتين بعد ان خابت المعالجات الدوائية

فيه فتمكن المريض بعد ان كان مقعداً في سريره من المشي في اليوم الخامس من العملية وخفت آلامه بسرعة ،

المناقشة : العلماء ترابو ، لوسركل ، الشطي ، شارل ، شابو ، مريدن

٣ — حول تثبيت المعدة ، للعليم شابو : حادثة مريض مصاب بهبوط المعدة تحسنت حالته كثيراً بعد ان ثبتت معدته . وقد لفت الباحث الانظار الى حسن العملية في الفقراء الذين لا يستطيعون المعالجة بالوسائط التجبيرية التي تستدعي مراقبة دقيقة .

المناقشة : العلماء لوسركل ، شارل ، شابو ، ترابو .

٤ — قدم العليم لوسركل في آخر الجلسة قطعة جراحية هي كيسة طحال مائية قد زوّت الحالب الايسر كما استدل من رسم الحويضة الراجع

م . خ .

❀❀❀

عيلة مصابة بالضمور العضلي البدئي

للعليمين ترابو وبشير العظمه

رغبنا في تقديم هذه المشاهدة لكم مع علمنا ان الضمور العضلي البدئي ليس مرضاً نادراً ولكن الشكل الذي ظهرت به هذه الآفة من تشابه تام في السير وتغيير الاشكال السريرية في اربعة اطفال من اصل خمسة يحملنا على الاعتقاد انها لا تخلو من الفائدة :

تتألف عيلة القضماني في الوقت الحاضر من والدة وخمسة اطفال .

الوالدة: عمرها ٥٠ سنة صحتها جيدة ولدت من زوجها الاول طفلين مات احدهما في الرابعة من عمره بالحصبة والآخر صحته جيدة . وقد توفي زوجها الاول في اثناء الحرب العامة . وتوفي زوجها الثاني بالهيضة الاسيوية (الكوليرا) وقد كانت تزوجت به وعمرها ثلاثون سنة وهو ابن عمها فرزقت منه خمسة اطفال واجهضت ثلاث مرات بين الشهرين الثالث والسادس من الحمل .

محمود اصغر اطفالها عمره خمس سنوات لا يزال سليماً غير مصاب بأية آفة عضلية .

ذكريا طفلها الثاني عمره ست سنوات بدأ مرضه منذ بضعة اشهر فشكا ضعف القوة العضلية في الطرفين السفليين مع ضخامة الحماتين من نموذج دوشان دوبولونيه وقد بين الفحص الكهربي ان اعصابه وعضلاته تتنبه وتتقلص بصورة طبيعية .

يحي : طفلها الثالث عمره ثماني سنوات اصيب وهو في الخامسة بحمى كان منها ان ظل اصم أبكم « ولعلها ذات السحايا » بدأت الضخامة العضلية في الحماتين في السنة السابعة . وقد لاحظنا ضموراً في العضلات القطنية حتى ان المريض لا يتمكن من الوقوف الا اذا تسلق مستنداً بطرفيه العلويين الى الارض اولاً ثم الى ركبتيه والتفاعلات الكهربية في الاعصاب والعضلات طبيعية .

عبدالله ولدها الرابع عمره ١٥ سنة بدأت الضخامة العضلية في حماتيه في السنة السابعة ونرى الآن عوضاً عن الضخامة ضموراً ظاهراً في العضلات مع قدمين عرجاوين روحاوين (pieds bots varus) والقدم اليمنى اكثر تشوهاً من اليسرى والصدر مشوه والكتف اليسرى ضامرة والرأس هابط الى الامام وقد ابدى الفحص الكهربي ضعف تنبه بالتيارين الفارادي والغلفاني في اعصاب الضفيرة العضدية وشعب العصب الوركي مع بقاء التنبه العضلي طبيعياً .

ياسين : ولدها الخامس عمره ١٧ سنة مقعد اصيب بضخامة الحماتين في طرفيه السفليين وضمور العضلات القطنية ثم اصيب الزنار الكتفي في الثانية عشرة مع تشوه الصدر بشكل جنف واضح. يبدو بالفحص الكهربي نقص تنبه بالتيار الفارادي مع بقاء التنبه الغلفاني في جميع العضلات الضامرة

ليس الضمور العضلي البدئي كما ذكرنا آفة نادرة في بلادنا فقد شاهدنا منه عدة حادثات بشكل الضخامة الكاذبة في خلال بضع من السنين الماضية وتشاهد هذه الآفة في جميع اقطار المعمور . وان ما دعانا الى تقديم هذه

المشاهدة هو وضوح فعل الاضواء (consanguinité) فيها فقد ظهرت هذه العلة في اطفال مولودين من ابوين قريبين وعدم ظهورها في الطفل المولود من زوج الوالدة الاول ثم ظهور اشكال سريرية مختلفة بازمنة متشابهة في الاطفال الاربعة وبسير سريري متشابه تمام التشابه فقد بدأت العلة في الجميع بشكل ضخامة عضلية كاذبة من نموذج دوشان دوبولونية ثم تطورت الى شكل ليدن مويبوس واخيراً اصيبت عضلات الزنار الكتفي كما في الشكل الفتوي لاُرب حتى ادت الى اقعاد اكبرهم سناً .

المناقشة — الحكيم مرشد خاطر : ما هي معالجة هذه الآفة وما ينتظر منها ؟

الحكيم ترابو : لقد اشاروا باستعمال الغليكوكول والجانوستانيك غير ان الامل ضعيف بفائدتهما بعد ان يكون الداء قد بلغ شأوه كما في هؤلاء المرضى

❀❀❀

حادثة رثية مزمنة مشوهة تحسنت باستئصال نظيرتي الدرق

للعليم عزة مريدن

المريض كامل بن عبد الحميد القصار عمره (٧٥) سنة من دمشق ، دعاني الى داره بعد ظهر ١٥ كانون الثاني ١٩٣٩ لآلام مفصلية وصلابة في جميع المفاصل ، وفي العمود الفقري . رأيته نائماً في سريره، وجهه شاحب هزيل ، ورأسه ملقى على الوسادة ، ينظر الى الامام بعينين جامدتين غير مستطيع تحريك رأسه ، طرفاه العلويان ممددان الى جانبي جسمه بدون حراك ، طرفاه السفليان منعطفان ، قدماه متباعدتان ، واصابعهما منكمشة كأن نهاياتها تختفي في الوجهين الاخمصيين .

سألت المريض عن تاريخ دائه فقال ان مرضه بدأ منذ ست سنوات اذ أخذ يشعر بآلام في الناحية القطنية ، انتشرت تدريجاً الى العمود الظهري ثم الى الكتفين . وبعد شهرين أحس بثقل في اصابع يديه ، انقلب نَمَلاً وألماً في اثناء القبض والبسط ولا سيما في الايام الباردة الرطبة ، واصبحت مفاصل الاصابع صلبة ، ثم انتبجت وعادت حركاتها محدودة ولا سيما المفاصل المشطية السلامية ، وامتدت الصلابة الى المعصمين والمرفقين والعنق ولم يعد المريض قادراً على الركوع في الصلاة واضطر الى الصلاة وهو جالس .

وبعد ثلاث سنوات استشار كثيراً من الاطباء فوصفوا له علاجات مسكنة مختلفة ، لم تفد شيئاً في صلابة المفاصل ولا في حركاتها المحدودة وازداد المرض سوءاً ، وامتدت الآلام الى اصابع القدمين ، وخفت قليلاً في الظهر والعنق ، بينما ازدادت الصلابة ، واشتد الانتباج في مفاصل الاصابع ، وانعطفت نهايات اصابع القدمين نحو الوجهين الاخمصيين .

وظلت حالة المريض كذلك سنة كاملة .

يذكر المريض في سوابقه انه اصيب بداء الدمامل طيلة اربعة اشهر وشفي بعد المعالجة ، ولم يصب بالزهري او بالسل .

فحصت المريض فحصاً سريرياً فلم اجد في اجهزته آفة الا بعض خراخر الاحتقان المنفعل الناجم عن اضطجاع هذا المريض الشيخ زمناً طويلا ، وهو مصاب بقبض عنيد يضطره الى استعمال المساهل في اكثر الايام .

جربت اجلاسه ورفعته برأسه فتألم كثيراً ، ولم يستطع الجلوس الا بحركة ذاتية كأن رأسه وعنقه وجذعه قطعة واحدة ، وظل عطف الرأس او بسطه مستحيلين تقريباً ، حركات الكتفين والمرفقين محدودة قليلاً ومؤلمة بينما حركات المعصمين محدودة ومؤلمة الى اقصى الحدود .

اصابع اليدين جامدة منبسطة . والمفاصل المشطية السلامية منعطفة قليلاً نحو الوجه الراحي . المفاصل السلامية السلامية منتبجة ، جسها او تحريكها يثير آلاماً حادة ، العضلات ما بين العظام ضامرة ومثلها عضلات ضرة اليد واليتها ، يغطيها جلد رقيق لامع خاسف بارد ، الاظافر قاسية وبعضها منعقف ومشقق ، المعصم منتبج ومنعطف قليلاً ، وعضلات الساعد ضامرة ،

اصبع القدم الكبيرة منحرفة نحو الوحشي ، والاصابع الاخرى منحرفة ايضاً نحو الوحشي ومشوهة، المفاصل المشطية السلامية منتبجة ، والمريض مقعد لا يستطيع المشي ولا الوقوف .

لم يكشف فحص البول شيئاً ، كلس الدم ١٨٥ ملغراماً في ليتر من المصل والبولة ٤٥ سانتيغراماً .

عولج المريض بالكبريت واليود وملاح الذهب والمسكنات فلم تتبدل حالته كانت آلامه تخف موقتاً ثم تعود اشد مما كانت ، وازدادت صلابة المفاصل ، واشتد هزال المريض وهبطت قواه ولم تنجع وسيلة في تسكين آلامه وجمود جسده .

عرضت على المريض المعالجة الجراحية وقدمته الى الاستاذ لوسركل فاقترح نزع نظائر الدرق .

نقل المريض الى مستشفى الدكتور سادات على رحالة صباح ٦ آذار ١٩٣٩ ، وفي اليوم الثاني بضعه الاستاذ لوسركل يساعده الدكتور سادات، خدر المريض بمحلول النوفوكائين ونزعت منه غدتان من نظيرات الدرق واحدة من كل جهة وربطت بعض اغصان الاوعية الدرقية ، وخيط الجرح باشمار فلورنسة وفي اليوم الثاني بدا في المريض تحسن صريح ، وحرك للمرة الاولى بعد زمن طويل ، اصابع يديه ورجليه ، وجرب الجلوس في سريره فكان جسمه اقل صلابة وتمكن من الانحناء قليلاً الى الامام ، وازداد التحسن ، ففي اليوم الخامس استطاع الوقوف واجرى بعض الخطوات ، نزعت الخيوط واندمل الجرح بالمقصد الاول وغادر المريض المستشفى في اليوم العاشر

نازلاً على السلّم يساعده ولده بعض المساعدة ، وخفت الآلام الشديدة التي كانت تمنعه عن النوم وزالت في الايام الاخيرة قبل خروجه من المستشفى وصار ينام نوماً هنيئاً . ولقد رأيت المريض بعد ذلك غير مرة فكان راضياً كل الرضى عن النتيجة التي وصل اليها ، لم تمحَ الصلابة بتاتاً ولكنها خفت كثيراً وعاد للمفاصل معظم حركاتها .

المناقشة ، العليم ترابو : أعايرت كلس الدم بعد العملية وهل راقبت نتيجة التوسط الجراحي بالرسوم الشعاعية قبل العملية وبعدها ؟

العليم مريدن: لا لان الحالة كانت تستدغي رسوماً عديدة

العليم ترابو : كان بامكانك ان تراقب ذلك على الاقل في المفاصل الاكثر اصابةً .

العليم لوسركل : ان التحسنات التي تنشأ من استئصال نظائر الدرق ليس مصدرها التأثير في كلس الدم او الآفات الموضعية فقط ، فهي تكاد تكون آنية حتى انها تظهر بعد العملية ببضع ساعات وتظهر هذه التحسنات بالخاصة في التصلبات والالام .

العليم ترابو : ما هي آلية استئصال نظائر الدرق ؟

العليم لوسركل : اننا نجهلها ومما لا شك فيه ان الرثية المفصلية المزمنة وداء ركلينهوزن العظمي والتصلب الادمي تجنى منها فائدة كبيرة وسريعة غير انها قد تكون موقتة .

العليم شوكة الشطي : اذكر مشاهدة مريض تحسنت حالة رثيته تحسناً باهراً بعد استئصال نظائر الدرق فيه غير ان الفحص النسيجي للقطعة المرسلة

اثبت ان ما ظن نظائر درق لم يكن الا كتلة شحمية .

الحكيم شارل : يمكننا ان نقابل بين استئصال نظائر الدرق واستئصال الكظر فان نتائج العمليتين الحسنة تنشأ من فعل العملية بالودي اكثر من فعلها بالغدتين نفسيهما .

الحكيم شابو : ان استئصال نظائر الدرق تحسن رثيات كلس الدم فيها ناقص عن حده الطبيعي .

❀ ❀ ❀

حول تثبيت المعدة

للعليم شابو جراح المستشفيات العسكرية

ترجمها العليم جمال نصار

المريض الذي سأتحدث اليكم عنه اليوم دخل المستشفى العسكري لكسر مفتوح في وسطاه اليمنى وكان يشكو ثقلاً في ناحية المعدة في ساعات غير معينة ترافقه احياناً اقياء لا تؤثر في سير الألم الذي كان يظهر في الحال بعد الطعام.

وكانت هذه الآلام ثابتة، متواصلة، تستمر طيلة النهار ولا تفارق المريض الا في اثناء النوم.

ولم تكشف معاينة المريض العامة شيئاً الا بقعة حساسة تحت الاضلاع الكاذبة اليمنى.

امتلاء المرارة طبيعي بالفوريود (foriod). وقد كشف الرسم الشعاعي هبوطاً شديداً في المعدة حتى ان قعرها المنخفض كان يحاذي الفقرة القطنية الرابعة، تقلصاتها شديدة وانفراغها طبيعي ولا ركود صريح فيها

القولون المعترض طبيعي الوضع ويقطع العمود الفقري عند مستوى الفقرة القطنية الثانية.

وقد فكرت بازاء هذه الحالة، في ان رفع البواب وحده قد يخفف آلام المريض لان الهبوط ليس اجمالياً بل ان معظمه قد اصاب الاثناعشري فازعج انفراغ المعدة ومط ايضاً الضفيرة البطنية والثرب الصغير.

فعولت على اجراء عملية بيرث (Perthes) غير ان قصر الرباط المدور ورقته اضطراني الى استعمال خيط من الحرير ، فبعد فتح البطن فوق السرة في ٢٧ كانون الثاني سنة ١٩٣٩ رأيت ان الاثنا عشري كان متحركاً وان النصف العلوي لقطعته الثانية غير ثابت ، فاحدثت ميزابة مصلية مصلية على الحافة العلوية للقطعة الاثنا عشرية البوابية ، ومددتها بضعة سانتيمترات على الانحناء الصغير . وطمرت خيطاً حريرياً في هذه الميزابة وثبت طرفيه في ملء العضلتين المستقيمتين الكبيرتين تحت الحافة الضلعية بسنتيمتر ، فكانت عواقب العملية الجراحية طبيعية ، ونتائجها حسنة فقد بدأ المريض منذ ذلك الحين يأكل بشراهة غير شاعر باقل انزعاج وكان سروره بهذه النتيجة عظيماً

وقد بينت المعاينة الشعاعية ان القعر قد ارتفع ثمانية سنتمترات وان انفراغ البواب طبيعي . وقد تلغ القعر القرص القطني الثاني الى الثالث واقترب كثيراً من الانحناء الكبير بحسب الاتجاه المعترض. اما من الوجهة التشريحية فلم تكن النتيجة تامة لان ضغط اسفل البطن يعلي القعر المنخفض حتى الفقرة القطنية الثانية كما يثبت الرسم الشعاعي الثالث ولبس حزام جيد اذا قضت الاضطرابات الوظيفية به يكمل هذه النتيجة الحسنة .

لا يحبذ جميع الجراحين تثبيت المعدة فقد عدل عنها هارتمن على الرغم من النتائج الحسنة التي جناها منها قائلًا ان استعمال حزام جيد يفضي الى مثل هذه النتائج .

واذا صحّ هذا الرأي في باريس والمدن الكبرى حيث الوسائط متوفرة والمرضى اغنياء فهو لا يصح في فلاح بدوي لا يستطيع لفقره الحصول

على حزام متقن ولا يحبذ ليريش وليسان (Leriche , Lecène) في مؤلفهما المسمى « المداواة الجراحية » التوسط الجراحي الذي لم يجنيا منه نتائج حسنة لان معظم مرضاها من النساء العصبيات المصابات بامراض نفسية وبهبوط الاحشاء جميعها ، الامر الذي لا ينطبق على حالة مريضنا .

وقد استنبط لامبرت (Lambert) في السنة ١٩٣٠ طريقة جديـدة في تثبيت المعدة تقوم بتزليق شريحة غشائية على طول الانحناء الـكبير وجعل المعدة عالقة به كما في ارجوحة ويعزو ميراليه (Miraillé) النتائج المتوسطة التي تجنى من التثبيت الى الهبوط القولوني في الوقت نفسه وقد ثبت دفعاً لهذا المحذور القولون بانحناء المعدة الكبير قبل تثبيت المعدة ورفعها . ونستنتج من المناقشات الحديثة في المحفل الجراحي بعض الآراء : يرفض كثير من الجراحين تثبيت المعدة استناداً الى رأي زملائهم الاطباء الداخليين ، بان الهبوط المعدي ليس مرضاً مستقلاً بل مجموعة اضطرابات عصبية نباتية لا ينجع فيها التوسط الجراحي وعلى العكس فان لامبرا (Lambret) يعالج كل هبوط معدة معالجة جراحية لانه ما من شيء يثبت ان الهبوط هو نتيجة هذه الاضطرابات وليس سببها وتثبيت المعدة يؤثر في كل حال في الاضطرابات الآلية ويزيلها . وبما ان العملية سليمة ولا تزيد الحالة خطراً فليس ما يمنعنا عن افادة مرضانا بها .

ولا يجري اميلين وباسه (Ameline , Basset) العملية الجراحية في النساء العصبيات المصابات بامراض نفسية جرياً على خطة معظم المؤلفين

ويمكننا ان نستخلص الآن الامور التالية :

١ً — يجب ان تكون العملية سليمة ٢ً — يجب ان تكافح

الاضطرابات الآلية وانزعاج الانفراغ الناتج عن الهبوط باعادة الاعضاء الى مقرها الطبيعي وضبطها فيه .

ونستطيع ان نميز ثلاث فئات من الحادثات : في الفئة الاولى تكون المعدة حسنة التثبيت عند فوهتيها وقعرها متسع او انها تكون هابطة والاثنى عشري هابطاً معها .

وفي الفئة الثانية تكون المعدة قوية وتتقلص بشدة لافراغ محتوياتها او واهنة فيحدث ركود غذائي يزيد المرض خطراً وقد تكون هذه الحالة العاقبة التي تفضي اليها الحالة السابقة .

وفي الفئة الثالثة تهبط المعدة وحدها ، وهذا نادر ، او تشترك الاحشاء معها بالهبوط ولا سيما الكلية والقولون اللذان يزيدان الحالة خطراً . فالحالة الاولى هي تشوه ولادي في معظم الاوقات سببه نقص في وسائل التثبيت وينجح العمل الجراحي في هذه الحالة نجاحاً كبيراً

فاذا كانت المعدة منجذبة افقياً بقعرها يرجح تعليقها في ارجوحة سواء اثبت القولون معها او لم يثبت جرياً على طريقة ميراليه اذا كان القولون هابطاً . ولكن اذا كانت المعدة قوية واذا نشأت الاضطرابات الوظيفية من تمطط الثرب الصغير الذي احدثه هبوط البواب اكتفي بعملية بيرث او بما يشابهها ولا يزال ريشار من دعاتها لسهولتها ويستطاع اكمالها بتثبيت الاثنى عشري بالجدار الخلفي وفقاً لطريقة دوفال

وليست مشاهدتي هذه المفردة كافية لاعطاء رأي في الموضوع غير ان انقطاع الالم آنياً بعد التوسط الجراحي أمر يسترعي النظر ويثبت انه لم

تكن هنالك اضطرابات وظيفية مزيدة على الاضطرابات الآلية البحتة وان عملية بيرث ليست بالعملية السيئة كما يدعي لامبره (Lambret) . فهي تمحو تمطط الترب الصغير مخففة الم الاعصاب والربط والالتصاقات حول الاحشاء ويقول لامبره انها ليست عملية جيدة اذا صنعت على معدة واهنة ضعيفة بل يكون مثلنا مثل من علق كيساً فارغاً عموداً بفمه واجتناباً لهذا المحذور تعلق المعدة بارجوحة ويعلق معها الانحناء الصغير غير انني اعتقد ان طريقة لامبره (Lambret) وحدها اقل نفعاً من طريقة بيرث (Perthes) في المشاهدة التي اقدمها لانها قليلة التأثير في ركود الاثنى عشري الشديد الازعاج ويقر لامبره نفسه بان الركود الاثنى عشري الذي يشاهد عند الركبة (الانحناء) السفلى يحدث اعراض الانسمام .

وقد ازداد هذا الركود في احدى مشاهداته بعد ان رفعت المعدة ، وبدا في خمس مشاهدات اخرى بعد تعليق المعدة بمدة شهور حتى انه اضطر الى مفاغرة الاثنى عشري بالصائم تحت رباط القولون في هؤلاء المرضى الستة . ولربما كان التعليق المضاعف منذ البدء مفضلاً

وصفوة القول انه اذا كان التعليق في ارجوحة يكافح هبوط القعر الواهن فان تثبيت البواب والانحناء الصغير يخفف عن الترب الصغير وجمع الطريقتين مفضل على ما ارى .

ولا يخفى ان التعليق بالترب الصغير عملية سيئة وان اهمال الكولون متى كان هابطاً خطأ لا يغتفر واذا جاز نبذ تثبيت المعدة في فرنسة حيث المشدات المتقنة الصنع تعيض خير الاعاضة فلا يجوز نبذه هنا ، على ما ارى ،

لقلة الوسائط ولفقر المرضى المستشفين . وانا واثق ان اجراءه يخدم المرضى اجل خدمة .

المناقشة ، العليم ترابو: قلت انه لا يجوز ان تثبت المعدة في المصابين بالادواء النفسية ، فاذا صح هذا تكون قد اهملت جميع حوادث هبوط المعدة لان الهبوط يحدث في المريض دائماً حالة نفسية مختلفة الدرجات . ونحن الاطباء لا نشخص هبوط المعدة الا بعد ان نرى الحالة النفسية التي يحدثها في المرضى وكل حالة نفسية مع اضطرابات معدية غير واضحة تدعونا الى المعاينة الشماعية التي تكشف الهبوط .

العليم لوسركل : ان تثبيت المعدة فى العملة الذين يشتغلون اشغالاً متعبة لا فائدة منه البتة لان الهبوط ينكس فيهم بعد مدة قليلة وخير لهؤلاء ان تقطع معدهم من ان يعالجوا هذه المعالجة الملطفة الموقتة .

العليم شابو : ان التثبيت الذي يحسن حالة هؤلاء المرضى تحسيناً بيناً ولا يعرضهم لعملية صادمة كقطع المعدة هو على ما اعتقد خير لهم فضلاً عن ان نكس الهبوط ليس امراً محتماً .

❀❀❀

جراحة الودي و الغدد الصم

للعليم لوسركل (دمشق)

ترجمة العليم وحيد الصواف

اذا كان بعض من الجراحات قد بلغ حدّ الكمال كالجراحة النسائية وجراحة البطن والاطراف فان فى الجراحة مفاوز لا تزال في حاجة الى البحث والتنقيب فان الطبيعة لا تكشف الا رويداً رويداً وقد تنفتح لنا ابواب جديدة اذ نظن ان المواضيع قد نضبت .

ولست اذكر جراحة الاعصاب وجراحة الرئة اللتين هما الان في البدور البدئي الذي كانت فيه جراحة البطن منذ سنين ، بل أذكر جراحة اخرى تبدو جذابة بما يكتنفها من الغموض وبما فيها من المعميات التي يستطاع حلها اعني بها جراحة الودي والغدد الصم .

وقد افتتحنا هذا الفصل من فصول المداواة الجراحية في العيادة الجراحية في معهد الطب بدمشق تشجعنا اعمال بعض الجراحين في اميركا واوروبا ومنهم لوريش في فرنسا وها انا اذكر لكم باختصار بعض النتائج التي شاهدناها في خلال هذه الاشهر الاخيرة وهي تشتمل على :

٤ — حوادث من قطع الودي حول الشريان الفخذي

١ — حادثة استئصال العقدة الودية النجمية .

١ — حادثة قطع الضفيرة الودية بين الحرقفتين

١ — حادثة قطع الودي القطني
٢ — حادثتي قطع الاعصاب الحشوية
٣ — ثلاثة توسطات جراحية على نظيرات الدرق .

— استئصال الودي حول الشريان الفخذي —

١ — محمـد آغا ، عمره ٦٠ سنة ، متصلب الشرايين ، كحولي ، دخل المستشفى في الشعبة الجراحية لغنغرينة آخذة بالسير في اصبع القدم اليمنى الثالثة وقد بدا ثلم الانطراح على ظهر القدم في حذاء الثلث المتوسط للمشط الثالث . وبعد ان اتى تفاعل واسرمان على الدم سلبياً كما اتى فحص البول سلبياً ايضاً اجريت للمريض عملية قطع الودي حول الشريان الفخذي الايمن في ١٧ كانون الاول من السنة ١٩٣٨ فدبت الحرارة في الطرف حالاً وزال الالم وانطفأت الغنغرينة ثم عادت تندمل كجرح في ظهر القدم وعاشت الاصبع بعد ان كادت تنطرح . وقد خرج المريض في ٥ كانون الثاني شافياً شفاء تاماً في الظاهر وهو يقوم منذ ذلك الحين بعمله كخادم في المخبر .

٢ — محمد . . . عمره ٢٥ سنة ، حمال ، راجع المستشفى في ١٢ كانون الثاني من السنة ١٩٣٩ لقدم نائسة فلجية في الايسر معرقلة باضطرابات اغتذائية : وذمة ، تقرحات راحية بين الاصابع . وقد ظهرت هذه الآفات قبل شهرين على اثر الحقن بالكينين في العضل على مسير العصب الوركي . وعلى الرغم من عدم ملاءمة الحادثة للعملية في الظاهر ، اجري للمريض استئصال الودي حول الشريان الفخذي منذ ذروة مثلث سكاربا حتى فوهة قناة هونتر . فالتأمت القروح في عشرة ايام ورأى المريض نفسه

شافياً فخرج في ٢٦ شباط من السنة ١٩٣٩ ولم يعد .

٣ — يوسف عمره ٥٠ سنة راجع المستشفى لقدم بنفسجية متوذمة متقرحة حول ظفر الابهام الايمن ولآلام تمنع النوم ولغنغرينة آخذة بالسير . وبعد ان اتى تفاعل واسرمان على الدم سلبياً كما اتى فحص البول سلبياً ايضاً شخص في المريض التهاب شريان مجهول الطبيعة .

فاجري للمريض قطع الودي حول الشريان الفخذي في ٢٨ اذار من السنة ١٩٣٩ فزالت الآلام بعد ثلاثة ايام واخذ الجرح يندب وخرج المريض مسروراً بناء على طلبه في ٨ نيسان من السنة ١٩٣٩ .

٤ — علي . . . عمره ٣٥ سنة دخل المستشفى في ٢٨ شباط من السنة ١٩٣٩ لكسر مفتوح متعفن في الثلث السفلي لعظمي الساق اليمنى عولج في البدء بالتمديد بالسفود وباري المتواصل . فحدثت في العقب خشكريشة واسعة واستمر التقيح ثم وضع الطرف في جهاز جبسي وفتحت فيه نافذة في ٢٩ آذار .

ولتعجيل الترمم اجريت للمريض عملية قطع الودي حول الشريان الفخذي في ٤ نيسان من السنة ١٩٣٩ فاخذت الخشكريشة العقبية حالاً منظراً حسناً وتبرعمت وسارت الى الترمم وجفت جروح الساق وتبرعمت كما هبطت الحرارة واستبقي الطرف بعد ان فكر في بتره .

استئصال العقدة النجمية

ابراهيم . . . عمره ٥٠ سنة دخل المستشفى في ١٩ شباط من السنة ١٩٣٩ لغنغرينة جافة في الاصبع الوسطى ليده اليمنى وقرحة واسعة نتنة في الناحية

الخلفية الوحشية للثلث السفلي للساق اليسرى وقد فقد في خـلال السنتين الاخيرتين خنصري قدميه . وهو كحولي، تفاعل واسرمان على دمه سلبي كما ان بوله خال من العناصر المرضية . طرفاه السفليان مؤلمان، مشيه متعذر يستعين بعكازين . التوتر الشرياني في العضد اليمنى ١٢ — ٨ وفي اليسرى صفر اما في الطرفين السفليين فالمشعر الاهتزازي يـكاد لا يشعر به فالمريض مصاب اذاً بالتهاب اوعية خثري معمم مجهول الطبيعة .

وقد جربت للمريض عملية قطع الودي حول الشريان الفخذي فلم يُستطع اكمالها لان الشريان كان مسدوداً خيطياً فاكتفي بقطع الاصبع الميتة

وفي ١١ آذار اجريت للمريض عملية استئصال العقدة النجمية اليسرى وفي غد العملية زالت الآلام من الطرفين العلويين وعادت الحركات سهلة في الاطراف الاربعة . اما التوتر الشرياني فلم يتحول بل عاد النبض محسوساً في الذراع الايسر .

وفي ١٧ آذار اجريت للمريض على سبيل التجربة حقنة نوفوكائين في السلسلة الودية القطنيـة اليسرى فحصلت نتائج كبيرة في الطرف السفلي الموافق . فان المريض الذي اتى الى قاعة الضماد محمولاً عاد الى فراشه على قدميه وزالت الآلام في الايام التالية تقريباً . اما التقرح فقد نقص بمقدار الثلث وسار في طريق الجفاف والترمم .

وقد عرض على المريض تجاه هذه النتائج اجراء عملية استئصال الودي القطني من خلال الصفاق في الجهتين . فقبل المريض في البدء ثم رفض بعدان صعد على منضدة العمليات ثم خرج في آذار من السنة ١٩٣٩ بدون عكازين

عاداً نفسه متحسناً تحسناً كافياً ولم يعد .

قطع العصب العجزي

حليمة . . . عمرها ٥٥ سنة مصابة بسرطان لا يستأصل في عنق الرحم . دخلت لآلام حوضية لا تطاق . وقد عولجت باشعة الراديوم في المؤسسة الخاصة في بيروت في شهر تشرين الثاني من السنة ١٩٣٧ وحرمت النوم منذ سنة تقريباً .

اجري لها في ٥ كانون الاول من السنة ١٩٣٧ قطع الضفيرة بين الحرقفتين فتلاشت الآلام في المساء نفسه ونامت المبضوعة .

وفي ٩ كانون الاول تركت المستشفى وقد تخلصت من آلامها الحوضية ولم تكن تشكو الا ثقلاً مبهماً ووعكة سببها سوء حالها العامة ولم تُرَ بعد ذلك .

استئصال الودي القطني

. ابو صالح عمره ٥٨ سنة مصاب بسرطان في الشرج منيع على الجراحة يحمل شرجاً حرقفياً نهائياً منذ ١٨ شهراً . دخل المستشفى في ٤ كانون الاول من السنة ١٩٣٨ لآلام حوضية لا تطاق . عولج المريض منذ سنة بالراديوم في مؤسسة بيروت وقد وصل به ادمان المورفين الى ستة سانتيغرامات منه في اليوم .

. استؤصلت سلسلته الودية القطنية اليمنى في ٨ كانون الاول من السنة ١٩٣٨ وأكملت العملية في ١٧ من الشهر نفسه باستئصال السلسلة اليسرى وقد عكرت صفو الايام الاولى بعد العملية معالجة ادمان المورفين . وفي

٢ كانون الثاني من السنة ١٩٣٩ نهض المريض وغابت الآلام . وقد شوهد المريض بعد هذا التاريخ عدة مرات فلم يكن يشكو ألماً وتحسنت حالته العامة وعاد اليه نومه واستعاد سير حياته العادي وظن انه شفي طالباً تعيين الوقت الذي يستطيع به سد شرجه الصناعي .

استئصال نظيرات الدرق

١ — يوسف عمره ٢٥ سنة ، عولج منذ سنتين بدون تحسن يذكر من رثية مزمنة في العمود الفقري . دخل المستشفى في ٢٤ شباط من السنة ١٩٣٩ العمودان القطني والظهري متصلبان ، الحركات محدودة ومؤلمة. يمشي المريض قطعة واحدة كالألف واظهر الرسم الشعاعي تشكلات عظمية على هيئة منقار الببغاء تلحم اجسام الفقار بعضها بالبعض الآخر . اما كلس الدم فزداد ومقداره ٢٠ سغ في الليتر .

أجري للمريض استئصال الغدة نظيرة الدرق اليسرى السفلى في غرة آذار من السنة ١٩٣٩ فخفت الآلام وعاد قسم من الحركات وقد خرج المريض بعد ثمانية ايام وراجعنا بعد ذلك مراراً ليوقفنا على تحسن الاعراض التدريجي التي اخفقت ضدها كل معالجة . وهو مستعد لاجراء عملية جديدة تخلصه مما بقي فيه من الصلابة .

٢ — س . . . عمره ٧٥ سنة . مصاب بالتهاب مفاصل عديدة بدأ منذ ستة سنين واستعصى على المعالجة الطبية . وقد لازم سريره منذ ثلاثة شهور : عجز مطلق ، صلابة تامة تقريباً وآلام تسلب كل راحة . دخل احد المستشفيات الخاصة محمولاً على رحالة .

أجريت له في السابع من آذار من السنة ١٩٣٩ عملية استئصال نظيرات الدرق السفلى في الجانبين فزالت الآلام في المساء نفسه ونام المبضوع . وفي غد العملية عادت حركات اصابع القدمين واليدين الى الظهور ثم حركات المفاصل الظنبوبية الرسغية ، والمرفقين والوركين ومفاصل الظهر والعنق .

وقد تمكن المريض بسرعة من الجلوس اولاً في سريره ثم من النهوض. وبعد عشرة ايام خرج المريض ماشياً على قدميه نازلاً على السلم من الطابق الاول وذلك في ١٧ آذار من السنة ١٩٣٩ وقد استمر التحسن بعد ذلك .

٣ — احمد . . . عمره اربعون سنة ، يشكو منذ سنة آلاماً وتقفعات وتشوهات مفصلية رثوية الطبيعة ظهرت خاصة في المفاصل الرسغية لليدين والقدمين . دخل الشعبة الجراحية مرسلاً من قبل الشعبة الطبية في غرة اذار من السنة ١٩٣٩ وبضع في الثاني منه . وفي غد العملية بدا تحسن كبير فزالت الآلام وعادت المرونة والليان وقام المريض العاجز الى بضعة ايام خلت ، يمشي ويتنقل في القاعة مستعملاً يديه واطرافه ثم خرج في ١٩ اذار بعد رفع الخيوط

قطع العصب الحشوي

س . . . عمره ٥٥ سنة ، قطعت معدته في نيسان من السنة ١٩٣٨ في الجامعة الاميركية لورم بوابي عفجي ، وقد خفت الامه في عقب العملية مدة عشرة شهور . ثم عادت الآلام الى الظهور منذ ثلاثة اشهر وزادت شدتها حتى غدت لا تطاق . فالمريض في اثناء النوب يصرخ ويعض ويمزق كل ما تقع عليه يده . يعيش بالمخدرات كالالونال والخ . . . .

وقد وصلت به الحال الى ادمان ستة سانتيغرامات من المورفين في كل

يوم . وكانت الآلام تنتشر بالخاصة الى الايسر لذا طلب الينا المريض ان نبضعه في الايسر اذا اردنا بضعه، وقد كان يجب التفكير بالنسبة لمقر الآفات المحتمل في قطع الجذور او قطع الحبل الظهري الخلفي الا اننا على الرغم من ذلك جربنا المريض حقن الاعصاب الحشوية بالنوفوكائين فزالت الامه حالاً واستمر سكونها بضع ساعات .

امام هذه النتيجة عرضنا على المريض اجراء عملية قطع الحشوي في الجانبين فقبل الا انه اشترط البدء بالجهة اليسرى . فبضعناه في ١٤ نيسان من السنة ١٩٣٩ وفي مساء العمل هجعت الآلام ولم يعد المريض يشكو سوى الرض الجراحي . وقد اتضح التحسن واستمر في الايام التالية لدرجة سر معها المريض ورفض اجراء العملية الثانية في الجهة اليمنى .

وفي ٢٤ نيسان اصيب المريض بهجمة جديدة أخف من الهجمات السابقة الا انها ألجأته الى العودة الى المورفين . وقد وضّع المريض منشأ الألم في الحفرة الحرقفية اليمنى . وقد تكون هذه الهجمة حادثاً بسيطاً عادياً الا انها تأذن باجراء المحاولة الثانية لقطع الاعصاب الحشوية اليمني قبل ان نبت بالخيبة .

٢ - س . . . عمره ٦٥ سنة ، يشكو منذ خمس سنوات الاماً شرسوفية سفودية وقبضاً معنداً . منظره دنف تطويه الالام الشديدة نصفين ويمنع صراخه بقية المرضى في القاعة من النوم. وقد فحص بالاشعة فشوهد ان مرور اللقمة الطعامية في البواب طبيعي ولوحظت ضخامة وتوسع في الكولون . فتح البطن للاستقصاء في ٢٢ نيسان فوجدت انتشارات ورمية

وسرطانية في الوجه السفلي للكبد وتحت فصيص سبيغل ووجدت كتلة بحجم القرعة (الـكوساية) ملتصقة بالعمود الفقري في الايسر يحتمل ان تكون طبيعتها سرطانية ايضاً الا انهذا الاستقصاء لم يمكنا من كشف مكان الافة الاصلية أفي المعدة هي ام في المعشكلة ام في الامعاء .

فقطعنا العصب الحشوي الايسر . وفي مساء العملية نام المريض وزالت الامه منذ ذلك الحين واستبشر . ولم يمضِ بعد الوقت الكافي لكي نقيم لنتائج هذه المداواة وزناً ولكني فكرت انه يمكنني ذكرها اذ لم أرَ تأخراً في حالة المريض .

. . . .

هذا باختصار ما اردت ان انقله اليكم . واني لا ازعم استخلاص نتائج ذات صبغة حكمية مرضية (physiopathologique) غير التي عرفت حتى الآن بل اردت فقط ان اذكر بمناسبتها ان نتيجة هـذه المعالجة تدعو الى الاعجاب متى كان الاستطباب جيد الوضع ولست اشك ان جراحة كهذه ستستقبل بحماس زائد في بلادنا .

والمسألة هنا هي تمييز الاستطبابات في العلاقات الوظيفية المركبة التي نجهلها في العضوية اكثر من وضع التشخيص الباكر او تعيين طريق العمل فسواءاً كانت العملية قلع غدة صماء : نظيرات الدرق او غيرها او قلع عقدة أو قطع اغصان عصبية أو توسطاً على الودي المحيطي فان كلاً من هذه العمليات تجربة غريزية حقيقية . ومن اجتماع هذه التجارب سنصل حتماً يوماً ما الى معرفة عدد من الآليات الخفية التي نجهلها والتي لم يتمكن التشريح

ولا الغريزة الدرسيان من جلاء غوامضها. اما الآن فان المعجزة ستكون قصيرة المدة اذا كان العضو المبضوع صلة او سلسلة من تناذر حاولت الجراحة تغييره فاذا بالبدن يعيد اليه ارتباطه .

وسنبقى دوماً ما لم تكشف قواعد جديدة من شأنها ان تقود اعمالنا فنعمل بكل ثقة وتأكيد ، عرضة للخيبة التي تعقب الامال الكبيرة التي نعقدها في البدء . وهكذا فان الاخفاق والنتائج المتقلقلة التي تلت استطبابات فاسدة الاساس ولدت لدى بعض العقول بعض الشك في هذا الاتجاه الجديد.

وعلى كل فان هذه الجراحة جراحة مبتدئة تفتش عن اسسها وعن اتجاهها وحدود مقدرتها مع جميع الاخطاء التي لا بد منها في كل تجربة جديدة . ولهذه الجراحة الغريزية الغنية بالنتائج لذة علمية لا تشتمل عليها في عرف البعض ، الجراحة الاخرى القديمة اية كانت فائدتها وخدمتها لانها اصبحت اليوم مألوفة .

❀❀❀

تأثير السيلان المزمن في الحويصلات المنوية

والاعراض التي تنجم عنه مستقبلاً

محاضرة القاهـا العليم فهمي جرس في المؤتمر الطبي
الحادي عشر المنعقد بالقاهرة في ٢٩ كانون الثاني
السنة ١٩٣٩

زميلاتي الفاضلات وزملائي الافاضل

سأشرح لـكم اليوم موضوعاً حيوياً دقيقاً راجياً ان تعيروني آذاناً مصغية متغاضين عما يصدر مني من غلطات لغوية . وموضوعي هو :

تأثير السيلان المزمن في الحويصلات المنوية والاعراض التي تنتج عنه مستقبلاً . كلنا يعرف يا سادة مـا هو السيلان (gonorrhoe) واردت توضيحها بالـكلمة الاجنبية لتحديد معناها لاني أقصد بها الافراز المحتوي على المكورات البنية (الغونوكوك) فان هناك افرازات ناتجة عن التهابات وجراثيم اخرى لا دخل لها في موضوعي . هذا المرض يصيب في مبدئه الاحليل الامامي وعلى الاخص الاجزاء التي تكثر فيهـا فتحات مورغاني (Morgagnis' Lacunae) وغـدد لتر (Littres Follicles) حيث تؤثر المكورات البنية في خلايا الاغشية المخاطية المغطاة بها وهذا ما يسمى بسيلان الاحليل الامامي وطبعاً لا يهمني خوض غماره لان كلاً من الاخصائيين له طريقة خاصة لعلاجه قد تؤدي الى شفائه شفاء تاماً بدون ان يزمن السيلان

اما اذا تعدت الاصابة الاحليل الامامي فلا تجد امامها سوى الاحليل الخلفي المنقسم قسمين وهما الجزء الغشائي (Pars Membranous) الذي تحيط به العضلة القابضة حيث لا يصاب الغشاء المخاطي للاحليل فقط بل تصاب غدة كوبر عن طريق قناة كوبر المنفتحة في نهاية تجويف الاحليل الامامي المسمى بصلة الاحليـل (Bulbous urethra) وطول هذا الجزء $\frac{٣}{٤}$ بوصة ، بعد ذلك يصاب الجزء البروستاتي (Pars Prostatic) وطوله $\frac{١}{٤}$١ ـ $\frac{١}{٢}$١ بوصة وهنا لا يصاب الغشاء المخاطي للاحليل فقط بل تصاب أيضاً غدة البروستاتة عن طريق قنواتها المنفتحة في الاحليل كما تصاب القناتان الدافقتان (Ejaculatory Ducts) ولا يغيب عن بالنا ان كلاً من هاتين القناتين مكونة من امتداد الاسهر (Vasa Deferens) ونهاية الحويصلة المنوية حيث يتحدان على قاعدة البروستاتة مكونين قناة واحدة هي القناة القاذفة مخترقة البروستاتة على جانبي الشكوة البروستاتية (Prostatic Utricle) حيث ينتهيان في المجمع المنوي (Colliculus seminalis) على شكل حافة او على فتحة الجيب البروستاتي (Sinus Pocularis) ويبلغ طول هذه القناة ٢ سم وهي مكونة من ثلاثة اغشية ١ ـ خارجي وهو عبارة عن انسجة ضامة ٢ ـ متوسط وهو عضلي ذو طبقتين خارجة مستديرة وداخلة مستطيلة ٣ ـ داخلي وهو غشاء مخاطي ذو خلايا اسطوانية .

ومتى اصيبت القنـاة الدافقة تسري الاصابة فيهـا متخذة اتجاهين احدهما الى الاسهر القليل التأثر بالعدوى للاهداب الـكائنة على اغشيته المخاطية والمساعدة على طرد الجراثيم ويثبت ذلك ان اكثر المصابين بمخلفات

السيلان المزمن غير عقيمين لانه لو اصيبت القناة المنوية لنقلت منها العدوى الى الخصية حيث تفقد وظيفة افراز النطف وتسبب العقم الكلي وهذا قلما يحدث. اما اتجاهها الثاني فالى الحويصلين المنويين وهما موضوع بحثي اليوم فهما عبارة عن كيسين فيهما تعوجات وثنايا واقعين بين قاعدة المثانة والمستقيم ويبلغ طول كل منها ٥سم ويتراوح عرضهما من ١/٢ ١ - ٢،٤ سم وهما هرميا الشكل ويمتدان من قاعدة المثانة الى العالي وكل حويصلة قناة قطرها ١/٢ سم وطولها ما بين ١٠ ، ١٥ سم وهذه القناة ملتفة على نفسها وذات تعوجات عديدة غير منتظمة وهذه الالتفافات والتعوجات مرتبط بعضها بالبعض الآخر بانسجة ليفية ومحيط طرفها الاعلى اكبر بكثير من محيط طرفها الاسفل الذي يصبح قناة دقيقة تشابه الاسهر الذي يتحد بها مكوناً القناة الدافقة التي سبق الكلام عليها . وسطح الحويصلة الامامي ملاصق لقاعدة المثانة حيث يمتد من نهايتي الحالبين الى قاعدة البروستاتة وسطحها الخلفي واقع على المستقيم حيث تفصله عنه لفافة المستقيم المثاني (Rectovescal Fascia) وهاتان الحويصلتان المنويتان تنفرجان كلما أخذتا بالصعود وهما محاذيتان للاسهر ونهاية الحالب وكل حويصلة محاطة بغلاف كثيف عضلي ليفي (Fibromuscular) ويحدها من الوسط الاسهر ومن الجانب الاوردة الدموية (Pudendal Plexus) والحويصلة المنوية مكونة من ثلاثة أغشية ١ - خارجي من أنسجة ضامة ٢ - متوسط غشاء عضلي ذي طبقتين داخلية مستديرة وخارجية مستطيلة وغشاؤها العضلي أرق من الغشاء العضلي للقناة المنوية ٣ - داخلي وهو عبارة عن غشاء مخاطي ذي لون خاسف او بني قاتم شبكي التركيب ذي خلايا اسطوانية وفي

الرتج (Diveticula) خلايا غوبلت (Goblet Cets) التي تخرج منها افرازات تضاف الى المني .

اوعيتها الدموية واعصابها : تأتي شرايينهامن الشريان المثاني الاوسط والاسفل ومن الباسوري الاوسط وتتبع اوردتها الدموية وأوعيتها اللنفاوية الشرايين . وتأتي اعصابها من الضفيرة الحوضية (Pelvic Plexus)

متى اصيب الحويصلان المنويان اصابة حادة تكثر البيلات ويرافقها حس احتراق شديد ودم في آخر البيلة فيصف الطبيب للمريض الراحة ويعطيه المسهلات وادوية مسكنة قوامها البنج والبوكو واللبوس المعروف المركب من المورفين والبلادونا ويصف له المغاطس المقعدية الحارة الى ان تزول هذه الاعراض وبعد ذلك يدلك المريض بالاصبع التي لا تصل الى قمة الحويصلة العليا فتبقى الجراثيم فيها ولا اقصد هنا المكورة البنية بل الجراثيم الأخرى التي تبقى سنين عديدة كامنة لا يظهر لها اقل عرض. وظهور الاعراض بعد مدة متفاوتة الطول متوقف على حمة الجرثوم من جهة وعلى مناعة المصاب من جهة اخرى وقد تظهر اعراضه بعد سنين عديدة تتراوح ما بين ٣ الى ٢٠ سنة واني اذكر لكم الاعراض التي تظهر بعد هذه المدة على اجهزة الجسم مبتدئاً بالاعراض التي تصيب الجهاز الهضمي .حينما تبتدىء الجراثيم الكامنة تلعب دورها وتبث سمومها سنين طويلة تأخذ الحويصلات المنوية بالضخامة والتمدد والالتهاب وتتبعها البروستاتة ايضاً فيصبح محيطها اضعاف محيطها الاصلي وتتحجر ويصبح الوصول بالاصبع الى نهاية البروستاتة متعسراً . فكم بالحري الوصول الى قمة الحويصلات العليا التي تصبح ابعد من البروستاتة

زهاء ٦ سم فتي ضخم الحويصلان المنويان و البروستاتة تصبح قمة هذين الحويصلين على بعد يتراوح ما بين ١٤ و١٧ سنتيمتراً من مدخل الشرج ويضيق هـذا التورم العظيم الشرج فيصبح مرور الغازات متعسراً وتنتفخ الامعاء لبقاء الغازات فيها فلا يبقى امام هذه الغازات الا ان تبحث لها عن مخرج آخر فتحاول الخروج من العالي فتشوش حركة الهضم وتدفع البراز الى اعلا وتصبح حركة المعى الحولية منعكسة اي تعمل مضادة للحركة الحولية فيصاب المريض بعسر الهضم وآلام شديدة في الامعاء ويصل ضغط الغازات في اغلب الاحيان الى الحجاب ولا يجد المريض تخفيفاً لهذه الآلام سوى المسهلات والمواد الماصّة للغازات كالفحم وادوية الكبد وغير ذلك حتى يخف الضغط نوعاً ويصبح البراز سائلاً سهل الانطراح من الشرج الضيق جداً الذي يكاد يكون مسدوداً وتصبح حياة المريض متوقفة على الفحم والمسهلات والويل له اذا كان في وليمة ونسي علبة الفحم فان يومه يصبح اسود وكل ساعة يذهب الى المرحاض ويخرج ريحاً يهون بها عن نفسه هذا عدا الآلام التي يشعر بها حين طرد الريح أو التبرز الناشئة من انضغاط الحويصلة المنوية الملتهبة وكلنا يعرف ما ينجم عن عسر الهضم وعدم خروج الغازات أو بعبارة أوضح عما يسمى بالامساك المستديم فهو يسبب الانسمام الذاتي (autointoxication) المتصف باوجاع في الرأس والمفاصل وتعب عام في الجسم وقلة اشتهاء وخوف من الشغل لان المريض يخشى دائماً الآلام اذا ما أكل شيئاً مغلظاً وكما يقول المثل العامي : « يصبح محروماً من الدنيا » زيادة عما يصيبه من اضطراب في الفكر ونسيان

في العمل وتصبح حياته سلسلة آلام وكل هذا راجع الى التهاب الحويصلات المنوية وتضخمها الذي ادّى الى ضيق الشرج ولا يحدث هذا فقط يا سادة بل كم من الزوائد الدودية السليمة استؤصلت حينما يشعر المريض بألم في جهتها مع ان هذا الألم ليس الا انتشاراً من الحويصلة المنوية اليمنى الملتهبة فلو فحصت هذه الحويصلة فحصاً متقناً لما استؤصلت الزائدة الدودية السليمة البريئة من هذه الآلام ولا اذكر هذا جزافاً بل استناداً الى اختبارات وتجارب خلال سنين عديدة واذكر لكم مشاهدتين استخرجت فيهما الاسنان واستؤصلت الزائدة الدودية املاً بتخفيف آلام المريض فلم يجده كل هذا نفعاً وبعد ان عولجت الحويصلات المنوية معالجة حسنة زالت هذه الآلام وشفي المريض .

المشاهدة الاولى : مريض اصيب بالسيلان في السنة ١٩٢٣ وشعر بآلام في الرأس والامعاء في السنة ١٩٣٥ أي بعد اثنتي عشرة سنة فنسي انه اصيب بسيلان لانه لا يشعر بافراز وعنده اولاد فعرض نفسه على كثير من الاطباء الباطنيين الذين اخذوا يعالجونه بالمسهلات والفحم وغير ذلك طيلة سنة بدون ان يجد اي فائدة وأخيراً أشاروا عليه باستخراج أسنانه فخلع اربعاً منها ولم يشعر بفائدة وبعد ذلك ارغمني أحد اقاربه الذي كان صديقاً لي ان ازوره في المستشفى العسكري فتوجهت اليه فوجدته في حالة يرثى لها من شدة آلامه وضعف جسمه الذي وصل الى ٦٠ كيلو غراماً بعد ان كان ٨٠ كيلو غراماً في السنة الماضية فسألته عما اذا كان قد اصيب بسيلان في الماضي فعرفني انه اصيب به منذ ثلاث عشرة سنة فكلفته ان يغادر المستشفى العسكري ويأتي اليّ

لاعاينه فجاء في اليوم الثاني فتحققت بالفحص ان حويصليه المنويين كانا ملتهبين فعالجتهما وعالجت بروستاته التي كانت تصاب من آن لآخر بسبب انتقال العدوى اليها من الحويصلين المنويين المريضين فشفي تماماً وزالت آلامه جميعها وناف وزنه على ٨٥ كيلو غراماً .

المشاهدة الثانية : مريض أصيب بسيلان في السنة ١٩١٠ وفي السنة ١٩٢٧ ابتدأ هضمه يسوء ويشعر بألم شديد وانتفاخ في الامعاء في ناحية الزائدة الدودية وفي السنة ١٩٣٤ استؤصلت زائدته فلم تحسن حالته الا مدة وجوده في المستشفى بعد اجراء العملية وذلك لانه منع عن الاكل والمغلظات وبعد مغادرته المستشفى وعودته الى غذائه الطبيعي عاودته آلامه كما كانت قبل العملية فعرض نفسه على بعض الاطباء الباطنيين فقرر بعضهم انه مصاب بالتهاب القولون وذهب البعض الآخر الى اصابته بالتهاب الكبد والمرارة والبعض الثالث الى هبوط الاحشاء وظلت حالته على هـذا المنوال حتى تشرين الثاني من السنة ١٩٣٨ اذ جاءني فوجـدت ان حويصليه المنويين ملتهبان فاخذت اعالجه وبعد دلك الحويصلين عدة مرات زالت الغازات وتحسنت حالة المريض وثابرت على علاجه حتى شفي تماماً. وعندي مشاهدات كثيرة من هذا النوع قمت بمعالجتها كان النجاح حليفها فيحق لي ان اقول بعد هذا ان الحويصلين المنويين بعد اصابة المرء بالسيلان هما بيت الداء ولا يسبب السيلان وحده هذه الحالة بل قد تسببها البلهارسيا المزمنة في الحويصلات المنوية او اي التهاب آخر يصيب الحويصـلات ولو عن طريق الامعاء ويكفي القول ان تدليك الحويصلات ونفخها هما انجع علاج في هذه الحالة فلينتبه المصابون.

ذكرت لكم ما يحدث للجهاز الهضمي وانتقل الآن الى الجهاز العصبي.

سبق ان قلت لحضراتكم ان الحويصلين المنويين يأخذان اعصابهما من الضفيرة الحوضية (Pelvic Plexus) .

فلا عجب اذا أدى التهابهما الى آلام عصبية منتشرة على طول السلسلة الفقرية حتى الى ألم شبيه بالتهاب العصب الوركي وألم شديد في الركبة او في مفاصل القدم. وهذه الآلام مبرحة جداً يفضّل المريض بسببها الموت على الحياة وكلنا يعرف شدة الالام العصبية فيهرع المريض الى الطبيب فيشخص رثية ويصف له النودين والسلسيلات والاسبرين والمراهم المختلفة والاشعة فوق البنفسجي والاشعة ذات الموجات القصيرة والحرارة النافذة فلا يجدي كل هذا بل تستمر الآلام ما زالت الحويصلة المنوية ملتهبة ومتمددة وضاغطة لاعصاب الظهر في هذه الجهة ولست التي القول جزافاً بل استند في حكمي الى اختبارات طويلة ومشاهدات عديدة دقيقة . واني مورد لكم بعض المشاهدات من هذا النوع .

المشاهدة الاولى : مريض أصيب بالسيلان في السنة ١٩١٩ وعولج على زعمه معالجة حسنة وتزوج ورزق اولاداً لأن الخصية سليمة وفي السنة ١٩٣١ اي بعد ١٢ سنة اصيب بآلام شديدة في القدم اليمنى ومفصل عنقها واستمر يعالجها ٤ سنوات بلا انقطاع غير تارك علاجاً واستعمل الاشعة وغير ذلك فلم يجد نفعاً حتى انه كان يفضل قطع رجاه وفي السنة ١٩٣٥ توجه للمعالجة بالاشعة عند احد نوابغ قصر العيني فسأله عما اذا كان قد اصيب بسيلان في ماضيه فقال نعم يا دكتور ولكن هذا قد حدث منذ ١٦ سنة وقد عالجني

استاذ شهير وعمل الفحص اللازم وتزوجت ورزقت بنين ولست اشعر باي افراز . فنصح له ان يستشير اختصاصياً بالامراض الزهرية فجاءني فوجدت حويصليه المنويين ملتهبين متورمين فقلت له ان سبب الامه هذه هو التهاب حويصليه المنويين فعالجتهما وعالجت معهما البروستاتة فشفي وزالت الامه ، وزميلنا الدكتور نسيم ابو سيف مطلع على هذه الحادثة .

المشاهدة الثانية : مريض اصيب بالسيلان في السنة ١٩١٥ وعولج في مصر وانجلترا وباريس وفحص جيداً ثم اكدوا له الشفاء . بعد ذلك اصيب بألم شديد في الظهر والركبة وعولج مدة طويلة واخذ علاج السيلان مرتين على ان يشفي فكانت النتيجة سلبية فحضر الي في ايار من السنة ١٩٣٨ فوجدت الحويصلين المنويين ملتهبين وهما سبب الآلام العصبية فعالجتهما مع البروستاتة فشفيت آلام الظهر والركبة

المشاهدة الثالثة : مريض اصيب بسيلان في السنة ١٩١٢ وعولج وتزوج ورزق بنين وفي السنة ١٩٣٠ اصيب بألم مفصلي شديد في الركبة اليمنى واخذ كل انواع الادوية والمراهم واستشفى بالاشعة مدة طويلة لانه صيدلي ولا تكلفه هذه شيئاً وخرج بدون فائدة وكان لا ينام من الليل سوى بضع دقائق نوماً متقطعاً وبعد ذلك اتى اليَّ في ٤ ايلول من السنة ١٩٣٨ وبعد معالجة الحويصلين المنويين والبروستاتة وتنظيفها شفيت الركبة وزالت آلامه ولو اردت يا سادة لكنت اذكر لكم كثيراً من هذه المشاهدات التي عالجت منها ما ينيف على المائة ولكن يكفيني ان اقول انه جاءني في يوم ٢٠ كانون الاول — ١٩٣٨ مريض كان قد اصيب بالسيلان في السنة ١٩٠٦ يشكو

ألماً في ركبته فوجدت حويصليه المنويين ملتهبين ومتى شفي اوافيكم بالنتيجة فارجو من زملائي ان يعتنوا بفحص الحويصلين المنويين اللذين تبعد قمتها ١٤ سم على الاقل عن مدخل الشرج .

وقد ادهشني ما جاء في كتاب الاستاذ ليز انه اذا تعسر طرد المفرزات من الحويصلين المنويين الملتهبين التهاباً مزمناً ولا سيما متى رافقت الام مفصلية شديدة هذا الالتهاب ، يجب اجراء عملية وقثطرة القناة المنوية ووضع مسبار يستطاع به غسل الحويصلين المنويين عن طريق القناة المنوية وقد فاته ان الوصول اليهما من الشرج بالآلة التي اخترعتها سهل وان ايصال الغسول اليهما بواسطة النفخ الهوائي والقثطرة الدقيقة عن طريق القناة القاذفة ممكن سامح الله الاستاذ ليز فان القناة المنوية بعد العملية لا تلبث ان تنسد فيكون العقم .

والآن اذكر لكم التأثير الذي يقع على جهاز البول متى التهب الحويصلان المنويان وتورما .

ان موقع الحويصلين المنويين من المثانة معروف ومجاورة قاعدتهما السفلى للمثلث (Trigonum) معلومة فلا عجب اذا ما التهبت المثانة ومصرتها فكثر التبول واشتدت الآلام وخرجت عند نهاية البول بضع قطرات من الدم واظن ان الزملاء جميعهم لاحظوا ذلك في التهاب الحويصل المنوي الحاد اما في حالة الالتهاب المزمن فيكثر التبول ولا يصحبه دم ولا ألم ظاهر وطالما المريض لا يشكو الماً فلا يستشير الطبيب . ولا يخفى ان تورم الحويصلين المنويين والتهابهما يفضيان الى انضغاط البروستاتة وضخامتها ونزولها الى ابعد من حدها الطبيعي الامر الذي يشوش التبول ويقفل المثانة من الخارج

فينصب من المريض بعد ان يبول بضع قطرات من البول غير ان كل هذا لا يهم المريض ما زالت الالام لا تعوقه عن عمله ولا تشوش نومه .

ومتى التهب الحويصلان المنويان وضخما شعر المريض بثقل شديد في الشرج اشبه ببيضة يريد انزالها وكل هذا ناتج عن تورم الحويصلين والتهابهما وضغطهما للبروستاتة التي تضخم بدورها ويلتهب عصبها وعصب الحويصل فتصبح الحويصلتان المنويتان الملتهبتان اشبه بدملين او خراجين وكلنا يعرف من التشريح موقع هاتين الحويصلتين بالنسبة للمثانة فعند ما تبتدىء المثانة تتمدد باجتماع البول فيها تضغط هاتين الحويصلتين الملتهبتين فيشعر المريض ان مثانته ستتمزق و الالم شديد عند مثلث المثانة (Trigonum) فيسرع المريض الى التبول فيعتريه فواق شديد وتخرج الغازات من شرجه ثم يبول زهاء خمسين غراماً في كل ساعة واذا امتنع عن البول اكثر من ساعتين تتشنج اعصابه ولا يستطيع البول الا بالقشطرة وبعد ان يبول المريض يستريح لان ضغط المثانة للحويصلين الملتهبين يخف وينسى المريض الصداع وقد يظن الطبيب ان في المثانة سرطاناً غير ان فحصها بالمنظار ينفي هذا الورم الخبيث فضلًا عن ان المريض يستريح ساعة بعد ان يبول فلو كان سرطان في مثانته لما استراح بعد التبول ولكان في بوله دمٌ وقطع لحمية .وليعلم ان هذه الحالة ناتجة عن ضغط المثانة للحويصلين المنويين الملتهبين اللذين تبعد قمتهما على الاقل ١٤ سم عن مدخل الشرج ولا تصل اليهما الاصبع وليفكر في الوصول اليها بطريقة اخرى واني اذكر لكم حادثتين فقط : مريض أصيب بسيلان في السنة (١٩٠٤) ، وفي السنة ١٩٣١ اي بعد سبع وعشرين سنة لاحظ

انه يبول ٤ مرات أو خمساً في الليل فاستشار بعض الاطباء في مصر فلم يجد نتيجة فأمّ اكبر العواصم الاوروبية ثلاث سنوات متوالية فلم يستفد فجاءني في السنة ١٩٣٤ فرأيت حويصليه المنويين ملتهبين وانهما سبب هذا التبول الكثير فعالجتهما شهرين ونصف الشهر فشفي .

المشاهدة الثانية : مريض اصيب بالسيلان في السنة ١٩١٠ وعولج جيداً على ما يزعم وفي السنة ١٩١٨ تزوج ورزق نسلاً وفي السنة ١٩٢٢ شعر انه يبول في كل ثلاث ساعات مرة واخذت هذه الحالة تزداد حتى السنة ١٩٢٥ فاستشار جراحاً اختصاصياً بمجاري البول فعاينه ووجد ان البروستاتة متضخمة وقد تبين من فحص المفرز البروستاتي ان فيه صديداً وجراثيم فاشار عليه بالذهاب الى اختصاصي بالامراض الزهرية فقصدالى احد كبار الاخصائيين في هذا الفرع الذي عالجه مدة طويلة. فساءت حالته واصبح يبول في كل ساعتين مع الم شديد وجهد فذهب الى اخصائي آخر وعولج عنده مدة طويلة فاخذت آلامه تزداد ومدة التبول تقصر الى ان اصبحت ساعة ونصف الساعة الى ساعة واذا تأخر عن البول يشعر بتمزق في مثانته ويعتريه دوار شديد وحمى ولا يبول الا بالقثطرة فما كان من طبيبه المعالج الا ان اشتبه بسرطان مثاني فارسله الى جراح المجاري البولية لاخذ رأيه ففحص الجراح مثانته بالمنظار المثاني فوجدها سليمة وكان الدكتور المعالج حاضراً في اثناء فحص المثانة ونظرها بنفسه وبعد ذلك وصف له النيوتروبين الذي اخذ المريض يتعاطاه مدة طويلة بدون جدوى غير انه كان يسكن آلامه تسكيناً طفيفاً واخيراً ارشده الي الصيدلي الذي عالجت ألم ركبته فجاءني في تشرين

الثاني ١٩٣٨ فوجدت حويصليه المنويين ملتهبين ومتورمين وانهما السبب في انسداد الشرج وكثرة التبول وضعف قوته المعنوية فقلت له ان مرضه يحسن بعد تمسيد حويصليه المنويين ٧ مرات وان الاعراض جميعها التي يشعر بها تزول وانه يصبح يبول كل ست ساعات مرة بدون الم فلم يصدق . وكان معتاداً الا يبول الا اذا خرجت منه غازات وكان خروجها يخفف الضغط عن حويصليه المنويين فيخف الضغط عن البروستاتة ومصرة المثانة ولم تكن يبول الا ٥٠ سنتيمتراً مكعباً فقط فبعد ان دلك الحويصلان المنويان سبع مرات اصبح يبول كل ست ساعات زهاء ٣٥٠ سنتيمتراً مكعباً وبدون الم واخراج غازات ، ولا يزال المريض مثابراً على المعالجة وقد شعر المريض بنشاط في جسمه وقواه الحيوية كما ان امعاءه تحسنت واصبح تغوطه طبيعياً وسعادة الدكتور عماره بك يعرف هذا المريض .

٤ — والآن اذكر التأثير الذي يقع على الجهاز التناسلي متى التهب الحويصلان المنويان .

كلنا يعرف ان اعصاب الجهاز التناسلي مرتبط بعضها بالبعض الآخر فمتى التهب الحويصلان المنويان لا تلتهب هذه الاعصاب فقط بل تلتهب اغشيتها المخاطية وما فيها من الغدد ومتى عمّ هذا الالتهاب فالظاهرة الاولى التي يشعر بها المريض هي العنانة مع انه شاب لا يتجاوز الثلاثين سنة فيتعاطى مختلف الرسل (الهرمونات) بدون جدوى لان سبب العنانة التهاب الحويصلين المنويين الذي أفضى الى التهاب اعصاب القضيب وعدم انتصابه وهذا هو الراجح . لان اعصاب الانتصاب تخرج من الضفيرة الحوضية (Pelvic Plexus)

التي تتفرع منها اعصاب البروستاتة والحويصل المنوي فلا عجب اذا ما تأثرت هذه الاعصاب متى التهب الحويصلان المنويان وهناك فرضيتان اخريان هما تولد الرسول (الهرمون) وامتصاصه. ايتولد الرسول في الحويصلات من الغدد الموجودة فيها وعلى الاخص من خلايا غوبله (Goblet)؟ اذا كان الامر كذلك فان التهاب الحويصلين المنويين يفضي الى التهاب هذه الغدد وهذه الخلايا فتفقد وظيفتها في توليد هذا الرسول. والفرضية الثانية هي انه قد تكون لاغشية الحويصلين المنويين خاصة في امتصاص الرسول المقوي للانتصاب فمتى التهبت هذه الاغشية تفقد وظيفة الامتصاص فتقف حركة الانتصاب او تقل وجميع هذه الفرضيات جائزة ولكن ارجحها الاولى وهي ان التهاب العصب هو السبب الاكبر في شل حركة الانتصاب والعنانة ومهما كان السبب فان معالجة الحويصلين المنويين بالدلك وازالة الالتهاب منهما تشفي العنانة وترجع القوى الحيوية الى طبيعتها وقد عالجت كثيرين من العنينين الذين لم يتركوا وسيلة الا واستعملوها بدون فائدة، بدلك الحويصلين المنويين وازالة كل التهاب ينتج من إزمان السيلان او البلهرسيا فيهما فشفوا واسمحو لي ان اذكر بعض المشاهدات :

المشاهدة الاولى : حضر شاب لعيادتي في السنة ١٩٣٥ عمره ٢٩ سنة اصيب بسيلان من اثنتي عشرة سنة وبعد ثلاث سنوات من شفائه منه كما يزعم اصيب بعنانة اي حينما كان عمره عشرين سنة وزار اطباء القاهرة جميعهم من اخصائيين في الامراض التناسلية والامراض العصبية وباطنيين وجراحين واخذ جميع الرسل المقوية فلم يجد كل هذا نفعاً واخيراً كاد ينتحر

لانه فقد لذة الدنيا بحسب ادعائه وكان شاباً مثقفاً فقال لي اسألك يا دكتور ان تصدقني اذا كانت فائدة من معالجتي ام لا ؟ فقلت انني لا استطيع الجزم ما لم أفحص الحويصلين المنويين فوجدتهما ملتهبين متورمين فاجبته ان امرك سهل ولاسيما انك حديث السن فاطمئن فقال : ليت هذا هذا يتمّ يا دكتور وانا اصبح مديناً لك بحياتي. فعالجته بدلك الحويصلين وتنظيفهما جيداً ولم اعطه اي رسول فعادت حالته الى ما كانت عليه قبل إصابته بالسيلان وتزوج قريبة له ورزق بنين .

المشاهدة الثانية : شاب عمره ٣٢ سنة أُصيب بسيلان ثم شفي منه كما يزعم وبعد اربع سنوات تزوج وحاول عبثاً ان يقوم بالواجبات الزوجية وبعد ذلك زار طبيبين اخصائيين فدلكاه بالاصبع واعطياه رسُلًا وبقي اربعة اشهر يتردد عليهما والعروس تنتظر فصمم على الانتحار واخيراً أحضره صديق له كنت عالجته فوجدت حويصليه المنويين ملتهبين ومتورمين وفيهما كمية من الصديد والمكورات المزدوجة فعالجته بدلك الحويصلين المنويين فشفي في خلال ٣٧ يوماً .

المشاهدة الثالثة : رجل عمره ٦٤ سنة اصيب بسيلان من ٤٦ سنة وكان يشكو التبول وجدت حويصليه المنويين ملتهبين جداً فدلكتهما فشفيت اضطرابات بوله واخيراً زارني بعد سنة وقال لي اشكرك يا دكتور لان قواي الحيوية تحسنت فهذا الرجل لم اعطه اي رسول ولم اعالج عنانته وكل ما عملته هو دلك حويصليه فقط وليعلم ان جميع الحالات التي عالجتها تحسنت فيها القوى الحيوية بدون اخذ اي رسول لان الرسل لا تفيد بتاتاً متى كان

الحويصلان المنويان ملتهبين ولا سيما بعـد اصابة السيلان والبلهارسيا المزمنة ويثبت ذلك وجود بيضات البلهارسيا في الحويصلين لان هناك عنانة ناجمة عن اسباب اخرى مثل الضعف العام في الجسم والسكر والامراض العصبية والشلل ربما تفيد فيها الرسل . وتفيد الرسل متى وقف الجسم عن افراز رسل جديدة في الشيخوخة وبعد ان ذكرت لـكم شيئاً عن العنانة اذكر لـكم الآن شيئاً عن العقم .

ينقسم العقم قسمين رئيسين احدهما عقم طبيعي والثاني عقم مكتسب فالعقم الطبيعي هو كون الانسان يولد عقيماً اي ان سائله المنوي لا يحوي الا المذي (افراز البوستاتة) والوذي (افراز الحويصلين المنويين) وليس فيه نطف البتة ولا جراثيم ولا صديد وحويصلاه وبروستاته سليمة ودمه نقي فشخص كهذا لا تنجع المعالجة فيه لان المولى خلقه عقيما وسبحانـه تعالى يهب النسل لمن يشاء .

اما النوع الثاني من العقم وهو المكتسب فيحدث بعد اصابة الانسان بسيلان او بلهارسيا او التهاب الخصية او سلها وينقسم قسمين كلي او بعبارة اوضح لا تستطاع معالجته وجزئي وهو ما تستطاع معالجتـه فالـكلي تصاب فيه الخصيتان والبربخان وتفقد وظيفتها اي تصبح عمياء وكلنا يعرف ان العمى لا تمكن معالجته وفي هذه الحالة يجب فحص الخصيتين والبربخين والقناة المنوية جيداً فاذا وجدت غير طبيعية ومتضخمة وليس في المني نطف لا حية ولا ميتة كان هذا نوعاً من العقم الطبيعي الذي لا تستطاع معالجته امـا النوع الثاني وهو الجزئي الذي يحوي المني فيه كثيراً جداً من النطف الميتة

وقليلًا جداً نطفة او نطفتين حيتين وجراثيم وكمية كبيرة من الصديد فتستطاع معالجته فمتى طهر الحويصلان المنويان والبروستاتة جيداً وزال الصديد والجراثيم تجد النطف مرتعاً خصباً تعيش فيه لان افراز البروستاتة والحويصلين المنويين المفعم بالجراثيم والصديد يقتل النطف كما ان التهاب الحويصلين قد يضغط القناة المنوية ويضيقها فيتعسر سير النطف فيها وقد يفضي الى التهاب الاسهر والخصيتين وقد يتزوج رجل ويرزق مولوداً او مولودين ثم يقف النسل مع انه حينما تزوج كان في منيه كثير من النطف التي اخذت تتلاشى لالتهاب الحويصلين المنويين وانتهى بها الامر الى الاضمحلال ومتى اضمحلت تعذر ارجاعها اما اذا وجد ولو قليل منها وكان ضعيفاً فمعالجتها ممكنة فعلى الطبيب والجراثيمي ان يدققا في فحص المني : وقد جاءني كثيرون مصابون بالعقم وتقاريرهم تثبت ان في منيهم نطفاً حية وميتة وكان الحويصلان المنويان والبروستاتة فيهم سليمة والخصية متحجرة وملتصقة بالبربخ وليس في المني كما تبين من فحصه نطفة واحدة فكان التقرير خطأ والمعالجة غير مجدية فلا بدّ من الحيطة في فحص المني والتأكد من وجود نطف حية وميتة وجراثيم وصديد قبل تقرير المعالجة والا فالمعالجة خائبة ولا حاجة الى اخذ الرسل لانه متى زال الصديد والجراثيم تعيش النطف واليكم ثلاث مشاهدات :

١ — مريض اصيب بسيلان وبعد شفائه بخمس سنوات تزوج وظل مع زوجته عشر سنوات لم يرزق بنين وعولج بكل انواع الرسل المقوية للخصيتين وذلك البروستاتة فلم يجد نفعاً فحضر لعيادتي وفحصت منيه فوجدت فيه نطفاً حية قليلة ونطفاً ميتة وصديداً وجراثيم وعالجته بدلك الحويصلين

وتنظيفهما فشفي ورزق نسلاً .

٢ — : مريض آخر ارسله الي الاستاذ مجري بك عواج طيلة ١٦ سنة بدون جدوى وكان هذا المريض اصيب بيلهارسيا في صغره ادى الى التهاب الحويصلين المنويين وقتل معظم النطف فعالجته وكانت النتيجة احياء منيه وازالة الصديد وهو الآن حي ورزق نسلاً مع انه تزوج قبلها ثلاثاً ولم ينجب نسلاً .

٣ — مريض ارسله الي الدكتور نجيب بك مقار كان يعالج لاحياء المني طيلة ٧ سنوات بدون جدوى لان حويصليه المنويين كانا ملتهبين ببلهارسيا مزمنة فعالجته بدلك الحويصلين فزالت الجراثيم والصديد وعاشت النطف وتقوت .

٤ — : مريض اصيب بالسيلان من عشر سنوات وبعد شفائه تزوج ولكنه لم يرزق نسلاً ففحص منيه فكانت نطفه ميتة كما قرر ذلك جراثيمان وبعد زواجه باربع سنوات حضر اليّ فعالجته بدلك الحويصلين المنويين وأزلت له كل مانع وأحييت منيه الذي فحصه الدكتور احمد الحلواني وأمثلة كهذه كثيرة ياسادة . فقط يجب دلك الحويصلين المنويين اللذين تبعد قمتهما ١٤ سم عن مدخل الشرج والشيء الذي يهمني ان يعترف الزملاء به هو ان الحويصلين المنويين لا تطولهما الاصبع كما تبين من تحقيق حضرة النطاسي الاستاذ عماره بك والنطاسي الاستاذ حسين بك سامي في مشرحة الطب الشرعي بقصر العيني في تعيين بعد قمة الحويصل المنوي عن مدخل الشرج فكيف يشفى السيلان اذا كان لا يستطاع الوصول اليه . ولا يفوتكم

يا سادة ان الغسل واجب والطرق الاخرى جميعها لازمة ولكن دلك الحويصلين ألزم لانه بمثابة لقاح ذاتي (Autovaccin) فهو يجدد الدوران الدموي في الناحية المدلوكة ولدلك الحويصلين فائدتان احداهما ما ذكرتها وهي بمثابة لقاح ذاتي والثانية طرد الافرازات التي تعج بالجراثيم وسأذكر لكم كيف اخترعت آلةً لدلك الحويصلين المنويين الملتهبين : كنت اعتقد لغاية شهر آب من السنة ١٩٢٧ ان السيلان المزمن لا يشفى بتاتاً لمقاومة المرض لكل انواع طرق العلاج المستعملة من مس وغسيل وحقن وتقطير وتوسيع ودلك وقد جعلني اصل ليلي بنهاري في البحث عن طريقه ناجحة لاستئصال هذا المرض العضال أن قد اصيب به اعز حبيب وصديق لدي، اصيب هذا الصديق في السنة ١٩١١ حين كان تلميذاً صغيراً وعولج منه ولكنه شعر انه غير مرتاح البال كما انه كان يشعر بمنانة والتهاب الامعاء وعسر هضم وقد عرض نفسه ما بين السنة ١٩٢٣ الى السنة ١٩٢٧ على كبار اساتذة المانيا والنمسا وتوجه لفرنسة لعرض نفسه على استاذها الاكبر وكان يقول له انك شفيت تماماً كما ايد ذلك الفحص المجهري وزرع مفرز البروستاتة والمني والبول الخالي من الجراثيم حتى من الصديد ولكن الصديق لم يكن مطمئناً الى كل هذا وعبثاً كنت اخفف عنه مستنداً الى كلام كبار الاساتذة الذين عاينوه غير انني كنت في الوقت نفسه اقول لعله مصيب لانه ادرى بنفسه من كل طبيب وكنت اذ ذاك الى جانب الاستاذ ارنت (Arnet) وسألته لماذا هذا المريض لا يصدق ما زلت الاستاذ الاكبر فقال لي حضرته كل واحد يصاب بالسيلان يصاب بالوهم ويعتريه شيء من الوسواس الخناس

الذي يوسوس في صدور الناس . ولكني اخذت اواسي هذا الصديق ولات مواساة والنفس شاعرة بآلامها. فسألت الصديق ما هي آلامك ؟فقال: مفاصلي ، رأسي ، جسمي ، امعائي ،قواي الحيوية.قلت ما بقي لك قال لم يبقَ سوى الموت قلت له ما الذي تشعر به في جهة المثانة؟ قال لا شيء سوى انني احب ان ابول . وما الذي تشعر به عند التبرز ؟ قال ألم وتعب وغازات كثيرة . واخيراً قلت له ربما يكون التهاب وسد في المستقيم فقال انا امامك وانت صديقي وماذا اعمل حتى اخلص من عذابي قلت له ننظر الشرج فاطاع فلم نجد اي التهاب او تورم في الشرج بعد ذلك قلت له الشرج سليم قال لي انت لست صديقي ان لم تبحث لي عن دواء لعلتي قلت له نعاين المثانة قال انا طوع بنانك قلت له هيا الى الاستاذ رنج ليب وذهبنا معاً ولم نجد شيئاً في المثانة اخيراً اخبرته ان المثانة ومجرى البول والبروستاتة والمستقيم كلها سليمة والفحص المجهري سلبي قال لي انت لا تحبني انا شاعر بألم شديد كانه الدمل وتعب يزداد يوماً عن يوم وقد قرب الموت مني وحينما رأيته يحاول الانتحار قلت له لا تكن جباناً دعني ادخل قاثاطير معدنياً غليظاً في شرجك واضغط محيط المثانة حتى ارى ما بها وكانت على سبيل التجربة فادخلت القاثاطير في الشرج شيئاً فشيئاً حتى وصلت الى نقطة صرخ من ألمها صرخة دوى لها المكان فاخذت القاثاطير وصرت ادلكه الى ان حصلت على افراز فحصته بالمجهر فوجدت فيه صديداً كثيراً وقليلًا من المكورات المزدوجة فعرفت ان صديقي محق في آلامه وليس واهماً لان البعد الذي وصلت اليه كان اربعة عشر ١٤ سم على الاقل من مدخل

الشرج ولا يمكن الوصول اليه بالاصبع فقلت لصديقي ان ينتظر ريثما اعود الى مصر وهنالك اعالجه لان الذي انتظر ١٦ سنة يستطيع الانتظار ٧ اشهر فاذعن الى نصيحتي وانتظر حتى رجعت الى مصر في منتصف اذار من السنة ١٩٢٨ وفي تلك الاثناء ما بين ١٩٢٧ ومنتصف اذار ١٩٢٨ كنت افكر في عمل آلة شبيهة بالقاثاطير وسهلة الاستعمال في الدلك الى ان توصلت الى استنباطها فبهذه الآلة عالجت صديقي العزيز وعالجت ٤٥٩ مريضاً ما بين آذار ١٩٢٧ الى ايار ١٩٣١ وقد اعدت فحصهم فلم اجد فيهم اي التهاب او تورم او ضخامة في الحويصلين لان الحويصل السليم لا يؤلم في اثناء الفحص بيد ان الحويصلات المصابة تتألم اشد الألم لان الالتهاب فيها يصبح بمثابة دمل وكلنا يعرف ما هو الم الدمل متى دلك . وكنت ارى ان الآلة كلما كانت ساخنة كانت سهلة الاستعمال وخففت عن المريض بعض المه فكنت اصلها بحقنة شرجية حتى يسير منها تيار ماء ساخن في الدرجة ٤٥° ويسهل بها الدلك ولما تحققت فائدة هذه الآلة اردت ان ارفع من شأنها فاخترعت لها جهازاً خاصاً يمدها بتيار ماء ساخن بدلاً من الحقنة الشرجية وقمت بتسجيل الجهاز والآلة في ١٠ يونيو ١٩٣١ حتى لا تمتد اليها اليد ويصبح الوصول للحويصلات المنوية لتدليكها وطرد ما فيها من افرازات مفعمة بالجراثيم اختراعي الخاص والآن عالجت بهذا الجهاز ما ينيف عن ٣٠٠٠ مريض وسميته « جهاز فهجار المصري » نسبة الى اسمي فهمي جرس ومصري الجنس والآن ارجو من زملائي الافاضل ان يتنازلوا ويستعملوا هذا الجهاز لانه افيد لهم وللمرضى والسلام .

خطاب رئيس المعهد الطبي

الاستاذ حسني سبح

في مؤتمر القاهرة الطبي

صاحب السعادة، اصحاب العزة، سيداتي سادتي :

شرفتني الحكومة السورية بان اشترك مع زميلي الدكتور عرقتنجي بك بتمثيلها كما عهدت الي الجامعة السورية والجمعية الطبية الجراحية في دمشق ان انوب عنهما في مؤتمر القاهرة الطبي الثاني ومؤتمر الجمعية الطبية المصرية الحادي عشر ، وانني بهذه الصفة ارفع الى جلالة المليك المعظم وحكومته السنية من رئيس الجمهورية السورية والحكومة السورية ، والى الزملاء الافاضل اذكى السلام واطيب التحية .

وتحية مباركة احملها ايضاً من ضفاف بردى الصغير الى ضفاف النيل العظيم ، ومن معهد دمشق الطبي الفتي الى اخيه الاكبر بل ابيه معهد الطب المصري الكهل ، ومن الجمعية الطبية الجراحية الفتاة الى الجمعية الطبية المصرية الكاملة الراشدة .

حقاً لقد حللنا اهلًا ووطئنا سهلًا ، وجاورنا وخبرنا . فزدنا اعجاباً فوق اعجاب واجلالاً فوق اجلال . وايقنا ان في جانب الصروح الشامخة الناطقة بعظمة الماضي وجلال الحاضر ، حضارة وثقافة ونهضة مباركة تبزّ قريناتها في بلاد الغرب .

ومتى كان الشخص في بيئة غير بيئته تمكن من الحكم على الاعمال التي تتم فيها حكماً مجرداً خالياً من التأثيرات الموضعية ، والسوري الذي يهبط مصر ويجيل الطرف في ما حوله وينظر بعين الاعجاب ما تقوم به من الاعمال في مختلف الشؤون يستطيع ان يرى ما في هذه الاعمال الصالحة من جهود وعزيمة . ولما كانت الناحية العلمية عامة والطبية منها خاصة مما يهمنا في الدرجة الاولى ، وكانت اعمال الجمعية الطبية المصرية والجامعة المصرية هي ما نضعه تحت مجهر التحليل لنرى ما ترمي اليه ، اتيت راجياً من زملائي الكرام ان يسمحوا لي بكلمة بريئة ملؤها الاخلاص :

ان الدعاوة التي تقوم بها الجمعية الطبية المصرية بعقدها المؤتمرات سنة في القطر المصري واخرى في احد البلاد العربية لمن أجل الاعمال وانفعها ، لانه عدا ما تحققه من تعارف الزملاء المنتشرين في البلدان العربية وما ينجم عن هذا التعارف من الفائدة وعدا زيارة هـذه البلدان والوقوف على درجة ارتقائها وحالة الثقافة العامة والثقافة الطبية بالخاصة فيها ، فان هذه المؤتمرات تكشف النقاب عن اعمال الاطباء العرب وابحاثهم وتنقيباتهم ومبتكراتهم، وتبرهن ان هذا الخلف اهل بأن يتبوأ المقام الرفيع الذي تركه له السلف ، وتمحو من نفوس الشرقيين ما كان يساورها من الظن انه دون الغربي علماً .

وان شعباً كالشعب المصري يقوم بهذه الحركة المباركة الواسعة النطاق الشاملة لاكثر نواحي العلم والثقافة ، لأهل ان يكون مصدر الحركة الثقافية في البلدان العربية . ولعل هذه المؤتمرات التي تقوم بها الجمعية الطبية المصرية هي الخطوة الاولى التي تخطوها نحو استقرار الثقافة العربية في هذا

البلد الأمين وبعثها من جديد لتعود فتنير العالم وتبهره . غير انني ارى ان مثل هذا العمل يستدعي ليثمر الثمرة الطبية شروطاً ثلاثة لابد من توفرها لضمان النجاح وهي : (١) الاستقلال السياسي . (٢) المال والمؤسسات العلمية والرجال الاكفاء . (٣) اللغة .

اما الشرط الاول وهو الاستقلال فقد استقر لمصر والحمدلله بعد تلك الجهود الجبارة ، وما قامت به من تضحيات بالغة . واما المال فهو لا ينقص مصر الغنية بمواردها وفيها ما فيها من ينابيع الثروة ، واما المؤسسات العلمية واعني بها مختبرات الابحاث في مختلف الفروع الطبية ، فقد رأينا في زيارتنا القصيرة الشيء الكثير منها ، والرجال الاكفاء متوفرون والحمدلله ، ويكفي مصر فخراً ان بين علمائها الاطباء من يشار اليهم بالبنان . ولا املك نفسي من ابداء امنية تدعو الى ان تكون تلك الثمرة العلمية اشهى وابنع ، وهي ان يضمن لرجال العلم الباحثين الرزق الوفير لينصرفوا اليه ، وليتابعوا ابحاثهم آناء الليل واطراف النهار ، فيستنار بهم في دياجير الخوافي وظلمات المستعصيات

واما اللغة فاني مع الاعتراف بان ثمة اتجاهاً جديداً الى اعارة اللغة العربية المكان اللائق بها في الابحاث العلمية الطبية ، ارى ان يكون الاهتمام بها اكثر من ذلك ، ان الثقافة المراد تصديرها ايها السادة ينبغي لها ان تطبع بطابع البلاد الذي يتجلى باللغة وحدها وكل بلاد لا تماشي لغتها العلوم في ارتقائها لا تصلح لان تكون مصدراً لتلك الثقافة . واللغة العربية لا ينقصها شرط من الشروط الواجب توفرها في اللغات العلمية ، فعلى ابنائها ان ينظروا الى هذه الناحية ويعيروها الاهتمام الكافي . ولا يعقل ان تكون

ثقافة مصر الطبية التي تبعث بها الى البلاد العربية الاخرى بغير اللغة العربية
بل كيف تستطيع ان تطبع هـذه الثقافة بالطابع العربي وهي تلبس حلة
اعجمية . ان ينابيع الثقافة الغربية تنشر في المجلات والجرائـد وبالمحاضرات
بلغات اهلها من انـكليزية وفرنسية والمانية وايطالية وسواها ، ولا يخفى ان
كل دولة وامة من هؤلاء تعنى كل العناية بنشر ثقافتها ولغتهـا بين الامم
الاخرى لمآرب شتى ، مما يجعلنا ان نرقب بلهفة ذاك اليوم الذي تصطبغ فيه
الثقافة الطبية المصرية بالصبغة العربية وحدها .

ان مصر صاحبة اليد البيضاء بحمل لواء اللغة الفصحى برجالها ومعاهدها
وبايجاد المجمع اللغوي الملـكي الذي يقوم بأجـل الاعمال العائدة الى اللغة
باجـلّ المنافع ، وثقافتها الادبية هي المنهل الفياض الذي يغترف من معينه
اهل البلاد العربية القريبة والبعيدة ، وليس احب الينا نحن معاشر اطباء
الشرق العربي ان نجد بين ايدينا مؤلفات ومجلات في الطب تنشر باللغة
العربية . ومصر العزيزة التي تتبوأ عرش الزعامة من البلاد العربية في جميع
الشؤون لهي جديرة بان تخطو هذه الخطوة ليمكننا ان نستنير باعمال علمائها
وان ننظر بعين الاعجاب الى آثارهم في العربية .

واللغة يا سيداتي وسادتي ومن ورائها وحدة الثقافة ، هما الاساس المكين الذي
ينبغي ان يبنى عليه صرح الوحدة العربية المنشودة . واذا تركنا نحن معاشر
الاطباء امر تحقيق هذه الامنية الغالية الى الزمن والى رجال السياسة فعلينا واجب
تمهيدي نكون مسؤولين امام الله والتاريخ والاجيال المقبلة ، اذا لم نشمر عن
ساعد الجد لتحقيقه ، اعني به توحيد الثقافة واحلال لغتنا العزيزة المكان اللائق بها .

نظرة الى بلاد الغرب ، نرى ان جميع الامم سعت الى الاتحاد ونالته امم من يمتُّ اليها بصلة اللغة المتينة عن طريق التعاون الثقافي ، وها نحن معاشر السوريين ، وابناء البلاد العربية كافة ، نغتبط اذ نرى ان الحكومة المصرية الجليلة قد فتحت ابواب معاهدها العلمية الى الطلاب في الاقطار الشقيقة ويزيدنا ابتهاجاً نحن ابناء سورية ان نحضر الى مصر في هذه الفرصة السعيدة من يمثل بلادنا ووزارة معارفنا للمداولة بعقد هذا القران الثقافي الذي نرجو ان يتلوه في القريب العاجل الزفاف الميمون ، فالمولود السعيد .

اننا ايها السادة نعيش في عصر القوميات، وعزة كل قوم بعدده و عُدده والناطقون بالعربية قوم واحد مهما اختلفوا في المنشإ والسُلالة ومسقط الرأس ، ومصر العزيزة يعتز كلنا بعروبتها ، وكأني بها وبموقعها الجغرافي بتوسطها البلاد الناطقة بالضاد ، رأس طائر مع اعضائه الرئيسة ، والجزء الشرقي من البلاد العربية جناحه الايمن ، والجزء الغربي منها جناحه الايسر فعلى الرأس ان يرعى الجناحين وليس بطائر ان يطير الا بجناحين وليس بجناح واحد .

وفي الختام اسمحوا لي ان اكرر شكري الجزيل باسم الجامعة السورية والمعهد الطبي العربي والجمعية الطبية الجراحية في دمشق للجمعية الطبية المصرية وللشعب المصري الكريم على حسن الوفادة التي لقيناها وان اهتف عاش مليكها العظيم فاروق الاول والسلام .

❀❀❀

الشباب والاشباب

«٩»

للعليم شوكة موفق الشطي

فضائل الصوم الصحية

صوموا تصحوا (حديث شريف)

ليس المتبعون لأوامر القرآن الكريم والأحاديث الشريفة في امر الطعام والشراب معرضين للامراض الحرضية ولكن النفس امارة بالسوء فقد يُسرِف المرء في بطنته مع علمه بضررها او يكون جسمه مستعداً لهذه الامراض وراثة فمن الحكمة والحالة هذه ان يلجأ الى الصوم للوقاية لا للمعالجة ليدرأ عن نفسه شر ماذكر بالامتناع عن الطعام والشراب مدة موقتة تستريح فيها اعضاؤه الخاصة بالهضم من جهة وتخف عن البدن وطأة تراكم تلك السموم البدنية لطرحها اثناء ذلك بوارد قليل فصوم شهر في السنة راحة للمعدة ووقاية من الامراض الحرضية .

وقد راقبنا كثيراً من المصابين بالأمراض الحرضية وامراض الانبوب الهضمي فرأيناهم يستفيدون من صوم شهر رمضان فائدة كبيرة اذا اتموا صيامه كما أمر به الدين الحنيف .

وللصيام فائدة اخرى فباعتباره عبادة روحية تكون فائدته في المجموع العصبي كبيرة ولا يخفى ان حسن القيام بوظائف الانبوب الهضمي يتوقف ايضاً على سلامة الجهاز العصبي اذ لا يخفى ان اكثر اصحاب الاعصاب الهادئة

الصحيحة لا يشكون تخماً ولا بردة على ان اكثر مضطربي الاعصاب ومشوشي الاحوال الروحية هم سيئو الهضم ايضاً حتى انه ليقدر ان نصف المصابين بآفات واضطرابات هضمية هم من مضطربي الاعصاب فيكون الصيام بعدّه عبادة روحية وسيلة صالحة لشفاء احوال هؤلاء العصبية ومتى صلحت اضطراباتهم المذكورة عقبها صلاح احوالهم الهضمية من نفسها (الاستاذ بورجه) لذلك كان الصيام للمسلمين ذا فائدة مضاعفة بأثريه الروحي والبدني في الجسم .

فاذا اضفنا الى ذلك الفرض على المسلمين في رمضان اداء ٢٠ ركعة من الصلاة وتخفيف السحور اذ كثيراً ما كان يتسحر النبي صلى الله عليه وسلم بجرعة ماء ادركنا عظم فوائد شهر الصوم وايقنا ان هذا الشهر وسيلة لحفظ الابدان بصحتها الموجودة وردّ صحتها المفقودة اليها ودفعه عنها آفاتها وعوارضها المضادة لصحتها .

بعض مقاصد الصوم

ليس القصد بالصوم مجرد الامساك عن الاكل والشرب وعن كل مفطر من الفجر الى الغروب بل المقصود ايضاً ترك محبوبات النفس ايثاراً لمحبة الله ومرضاته وتذكراً بحال الاكباد الجائعة فيعاني الصائم خلال صومه من مرارة الجوع ولظى الظمإ ما يدفعه الى اغاثة من يراه محتاجاً الى طعام او شراب لينقذه من مثل ما ذاق ألمه بخلاف من لم يصم فان من لم يقاس بلاءً لم يدرك عناه وقد قيل ليوسف عليه السلام لم تجوع وانت على خزائن الارض قال اخاف ان اشبع فانسى الجائع فالصيام دعوة الى اسعاف الجائع الظمآن

وحث على الزكاه التي هي مؤاساة للفقراء ومعونة لذوي الحاجات والضعفاء المعوزين وادخال السرور عليهم وهداية الى الكف عن الغيبة والنميمة والكذب والمراء وارشاد الى كبح النفس عن الاسترسال في ميولها ومتابعتها في غلوائها .

والصوم سبيل تعود الصبر والثبات على المكاره ومقاومة النفس ومن اعتاد مقاومة نفسه عند نزوعها الى ميولها اصبح لعقله السلطان على بقية قواه ومن السعادة ان يملك الانسان نفسه لا ان تملكه نفسه والى ذلك يشير الحديث (رجعنا من الجهاد الاصغر الى الجهاد الاكبر) وهو جهاد النفس بمكافحة ميولها واهوائها فالصوم وسيلة لمجاهدتها وتعويد على الشجاعة الادبية والشجاعة الادبية اساس الفضائل وعنوان محاسن الشمائل ومما تقدم يتبين لماذا رغبت الشريعة الاسلامية في الصوم وبالغت في الحث عليه واكثرت من الوسائل التي توصل اليه

البحث

في

آثار القيام بدعامتي الاسلام

الصلاة والصيام في طهارة الجسم والروح

بينا في الابحاث السابقة ما لدعامتي الاسلام (الصلاة والصيام) من أثر صحي في الاجسام ذلك الأثر الذي يصعب الاستحصال عليه بارشاد الناس الى اتباع قواعد حفظ الصحة في الطهارة والمأكل والمشرب على انه اذا فرضنا ان بعض الناس المثقفين يقدرون امور الصحة حق قدرها فمن اين للسواد الاعظم ان يدرك ذلك ؟

يستطاع حين المقارنة بين بدويين احدهما مطيع عامل بأوامر الدين الحنيف وثانيهما مهمل لها وغير عامل بها، تقدير تفاوت المظاهر الجسمية والصفات الروحية في كل من الاثنين والتحقق من آثار القيام بفريضتي الاسلام. وعندي انه اذا كان بلفراف وغوستاف لوبون (١) يقولان عن عرب نجد انهم اشرف اهل الارض قاطبة فذلك لما رأياه فيهم من طهارة الجسد والروح وسبب ذلك قيامهم بفرائض الاسلام وشعائره على أتم وجه. ويكفي ان نعيد بنا الذكرى الى عرب بين الحرمين وما كانوا عليه في العهد العثماني من شقاوة وحب في الفتك والسلب والنهب وما صاروا اليه بعد ان شرعوا يقومون بأوامر الدين الحنيف وتصديقاً لذلك نورد اكثر ما جاء في مقالة نفيسة كتبها الاستاذ العلامة الدكتور عبدالرحمن شهبندر عنوانها النظافة الاسلامية والطب النبوي لما لها من صلة بموضوعنا ولما جاء فيها عن حال بدويين شقيقين احدهما متدين منذ سنة والثاني غير متدين . قال الزميل الفاضل منذ نحو ستين سنة سافر المستر و . كويليم من انكلترة الى جبل طارق انتجاعاً للصحة فمر على احد الموانئ في المغرب الأقصى فرأى ان جمهوراً من الناس على ظهر احدى السفن يمتحون الماء من البحر بدلائهم يتوضأون به ويغتسلون ،فسأل عنهم فقيل له انهم حجاج مسلمون ، فدخل في قلبه الاسلام وقال : ان ديناً يأمر اتباعه بالنظافة، ويرفع مستواهم الى هذه المرتبة الوضاءة لحريّ بالاحترام فلما عاد الى بلاده كان اول من نظم الدعاوة للاسلام بين بني قومه ، وجرى على طريقة المبشرين في نشر محاسنه .

(١) مدنية العرب ص ٤٥

وحدث لي في إبان الثورة السورية الكبرى اني نزلت (وصديقي المجاهد المرحوم الدكتور خالد الخطيب) على ماء منقطع يبعد عن المعمور زهاء مئة كيلومتر، يدعى «الازرق» فوجدت بيتاً من الشعر صغيراً فيه رجلان مختلفان جد الاختلاف في نظافتهما ولباسهما وحديثهما، وانهما يختلفان كثيراً في السحنة واللهجة وتكوين الاعضاء، الواحد ذو بشرة وضاءة وجبهة ناصعة وأسنان لامعة وعينين سوداوين براقتين واظافر مقلومة مقصورة، وثوب نقي طاهر، والآخر كمد اللون بجبهة قذرة واسنان قلحاء (صفراء) قد تكدست على اصولها الرواسب وتخللتها فضلات الطعام وعينين اكتحلتا بالرمص، واظافر تراكمت تحتها الأوساخ، وعليه قميص لم يبتل منذ ما لبسه بغير الافرازات، ثم إذا هما حضرا امامك فاحت من ذلك رائحة الماء والصابون، وانبعثت من هذا رائحة الصنان، ومن شاء ان يعلم السبب في هذا التباين بين هذين الاخوين الشقيقين الناشئين في خيمة واحدة ومحيط واحد فليسمع الخلاصة الآتية المأخوذة من مذكراتي، والتي طالما رددتها كتابة وخطابة وهي لعمر الحق شهادة تاريخية نزيهة بما يفعله الدين الاسلامي في الأقوام الفطرية (ليس المقصود في هذا الحصر ان فعالية الدين كما ذكر في الاقوام الفطرية) من الاصلاح المادي والمعنوي ومن النظافة الجسدية والطهارة الروحية.

«الأزرق في ٢٧ ايلول سنة ١٩٢٦ اجتمعنا هذا الصباح بديلم بن علي الشراري وبأخيه، وديلم هذا هو من مواليد المعيزة في (وادي السرحان)، وعمره خمس واربعون سنة، قضى معظمها في (الجوف) وسافر حتى (بلاد

الشنبل) ووصل الى (الكويت)ورأى (البحر المحيط) واغار على(بني عقيه) وكاد يصل الى (مدائن صالح) دخل في الوهابية منذ عام واحد وقال عن نفسه : كان حالي قبل التدين انني اسلب اخي اذا صادفته ولم اعرف وجهه ، فلا اترك عليه الا ما يستر به عورته ، وازني بالمرأة في فراشها واقتل بالبندقية النائم بجانب بعيره لآخذه منه وما كنت اصلي بل اصوم ، وانما مثل اكثر الشراريين (ومثل اكثر الحضريين) واليوم اتوضأ واستحم واغسل ثوبي يوماً بعد يوم فلو صادفتك على الطريق الى (الجوف) لأنخت بعيرك وسألتك عن غايتك من سفرك وهل انت (عان) يعني تقصد احداً ، وما هو دينك فاذا قلت الاسلام سألتك هل تصلي وتصوم وتحج وتزكي فاذا كانت اجوبتك صحيحة قمت اليك وعانقتك عناق الاخ لأخيه .

لقد افضت بعض الإفاضة فيما نقلته من مذكراتي عن صاحبنا ديلم الشراري ولم اقتصر على طهارة جلده ونظافة ثوبه فقط بل سمحت لنفسي ان انقل شيئاً مما ذكره عن طهارة روحه ايضاً ، لان الانقلاب الديني الصادق يجب ان يكون متعدد النواحي . يجب ان يكون معنوياً كما يكون مادياً ، والاتصال بين هاتين الناحيتين من نواحي الحياة اتصال وثيق ، وفي نظري ان غسل الجلد من غير غسل النفس ، وصب الماء على الايدي والارجل لإزالة الاوساخ عنها من غير تطهير الروح من الادران العالقة بها ، عمل بعيد عن تحقيق الانقلاب المنشود ، ولعمري ان تسليح الجندي بآلات الحرب بالغة ما بلغت من المضاء والاتقان لا يجعله محارباً صالحاً ، ما لم يكن قلبه طافحاً بذلك السلاح المعنوي الذي يدعى ايماناً .

وحسبي ان اورد ما شهدته من الانقلاب الذي اصاب البدوي الشراري القطري في روحه كما اصابه في جسده لابيّن ان الاسلام ثورة اجتماعية مزدوجة تتناول الظاهر والباطن ، تتناول الناحيتين من مظهر الحياة ، الناحية التي يطل عليها البصر ، والناحية التي تشرف عليها البصيرة . وهذا كله بخلاف اعداء الدين من الجاهلين من ابنائه (ومن المتعصبين الاجانب ايضاً) فهم يحاولون ان يظهروه بمظهر المقتصر في اعماله على الشعائر والمناسك في شؤون رسمية خارجية بحتة لا علاقة لها بمعنى من المعاني السامية حتى صح فيهم سؤال المتنبي « اغاية الدين ان تحفوا شواربكم »

وفي عقيدتي ما أضر بالاديان مثل التمسك باللفظ دون المعنى ، وبالشعار دون الحكمة ، وبالوسيلة دون الغاية ولو ادرك المسلمون الاحوال المحيطة ، للاحظوا ان الدين قائم على غايات اجتماعية ، وان غاية الوضوء او الاغتسال هي النظافة .

وقصارى القول ، ان الدين الاسلامي امر اتباعه ان يغتسلوا ويتوضأوا ويطهروا ثيابهم في احوال متعددة وفرص متنوعة ليكونوا نظفاء .

ان النواحي الاخرى التي يتصل فيها الاسلام بالصحة العامة لا يتسع لمثلها هذا المقال الموجز . فمن اعظمها شأناً واقدسها سراً تحريم الخمر احتساء او بيعاً (١) حتى للتداوي ، ومن الطفها تحسين النسل بفسخ عقود النكاح لأمراض لا تؤثر في اصحابها فقط ، بل تؤثر في ابنائهم ، ومن انفعها تفضيل الماء وجعله « سيد الشراب في الدنيا والآخرة » ، ومن الطفها وأجملها

(١) سنفرد بحثاً خاصاً لضرر الخمر وتحريمه

الاستياك والتخلل ، فقد جاء في الحديث عن الاول (إستاكوا ولا تدخلوا علي قلحاً) وعن الثاني (يا حبذا المتخللون من الطعام ، ليس شيء اشد على الملكين من بقعة في الفم من أثر الطعام) ، ومن اشدها ارتباطاً بالمصلحة العامة والخاصة قلم الاظافر والختان ، واطفاء النور والمصابيح في البيوت حين النوم والتحذير من الدخول على المصابين بالوباء ونقله الى غيرهم منهم ومنها ومنها ما يحتاج الى مدون خاص، وحسب الاسلام عناية بالصحة ان يقسم موءسسه العلم الى علمين اساسيين (علم الابدان وعلم الاديان) وان يقول (صنفان لا غنى للناس عنهما ، الاطباء لابدانهم والعلماء لاديانهم) .

ومما لا شك فيه ان مثل هذه المزايا الخلابة التي تحلى بها نبينا لم تفت رجلاً رقيق الشعور كثير الملاحظة مثل ابي العلاء المعري وهو المعروف بحريته ونقده واستقلال فكره ، فقد انصفه انصافاً فنياً اجتماعياً روحياً لما قال عنه في اللزوميات :

دعاكم الى خير الامور محمد	وليس العوالي في القنا كالسوافل
حداكم على تعظيم من خلق الضحى	وشهب الدجى من طالعات وآفل
والزمكم ما ليس يعجز حمله	اخا الضعف من فرض له ونوافل
وحث على تطهير جسم وملبس	وعاقب في قذف النساء الغوافل
وحرم خمراً خلت الباب شربها	من الطيش الباب النعام الجوافل
يجرون ثوب الملك جر أوانس	لدى البدو أو ذيل الغواني الروافل
فصلى عليه الله ماذر شارق	ومافت مسكاً ذكره في المحافل

❀❀❀

تحريم الخمر والمخدرات والميسر

نبحث في هذا البحث عن المحرمات المذكورة وأثر اجتنابها في الفرد والمجتمع وصلة ذلك بالصحة والتعمير

الخمر والمسكرات وتحريمها والنهي عنها

انما الخمر والميسر والأنصاب والازلام رجس من عمل الشيطان فاجتنبوه» (آية كريمة)

(اول ما نهاني ربي بعد عبادة الاوثان عن شرب الخمر وملاحاة الرجال) (حديث شريف)

كل مسكر خمر وكل مسكر حرام (حديث شريف)

الخمر هو ما خامر العقل وكل مسكر مهما كان نوعه تركها في الجاهلية العباس بن مرداس فقيل له لم تركت الشراب وهو يزيد في سماحتك فقال اكره ان أصبح سيد قومي وأمسي سفيههم وقيل لاعرابي لمَ لا تشرب النبيذ فقال لا اشرب ما يشرب عقلي وقال الحسن لو كان العقل يشترى لتغالى الناس في ثمنه فالعجب ممن يشتري بماله ما يفسده وقال عليه السلام الخمر داعية الى كل شر وللأعرج الطائي

تركت الشعر واستبدلت منه اذا داعي صلاة الصبح قاما
كتاب الله ليس له شريك وودّعت الندامة والندامى

وقال الصفدي :

دع الخمر فالراحات في ترك راحها وفي كأسها للمرء كسوة عار
وكم ألبست نفس الفتى بعد نورها مدارع قار في مدار عقار

الجزء ٢ المجلد ١٤

مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في حزيران سنة ١٩٣٩ م . الموافق لربيع الثاني سنة ١٣٥٨ ه .

الجمعية الطبية الجراحية بدمشق

جلسة الثلاثاء في ٩ ايار سنة ١٩٣٩

قرئت فيها التقارير التالية :

١ – العليم شوكة موفق الشطي : حادث تمزق السنوخ الرئوية وتسرب الهواء في النسيج الضام وانتشاره في جميع اقسام النسيج الخلوي تحت الجلد .

هو حادث مريض مصاب بالتأسر (urémie) وانتفاخ الرئة اعتراه فجأة ارتشاح هوائي في الناحيتين فوق الترقوتين ، وانتفخ وجهه وامتد الانتفاخ الى جميع نسيجه الخلوي تحت الجلد وقضى نحبه في خلال ساعتين. وقد لفت الباحث الانظار الى ندرة هذا الاختلاط في الشيوخ والى افضائه السريع الى الموت .

المناقشة : العلماء بشير العظمه ، ترابو ، شوكت موفق الشطي

٢ – العليم منير شوري : حصيات المثانة في الرضع .

هي مشاهدات لثلاثة ذكور وانثى واحدة اصيبوا بحصيات المثانة عمرهم

ما بين ستة اشهر وسنة استخرجت حصياتهم الاربع التي يتبدل حجمها من نواة الزيتونة الى نواة الدراقن بالطريق الختلي. وفي سوابق هولاء الرضع الاربعة اسهالات مكررة . وقد نسب المؤلف تكون هذه الحصيات الى عفونة الامعاء بالعصيات القولونية التي سبت الاسهالات فيهم على ما يرجح

المناقشة العلماء : سعيد السيوطي ، حسني سبح ، شوكت الشطي ، مرشد خاطر .

٣ — العليم شارل : حادثة جديدة من العفونة التناسلية الخطرة في عقب البذر الصناعي .

هي حادثة امرأة دلّ رسمها الشعاعي بعد حقنها بالليبيودول ان نفيريها غير منفتحين تمام الانفتاح فصنع لها البذر الصناعي واذا بها تصاب في اليوم الرابع بحالة عفونة خطرة تبعها تقيح النفيرين والتهاب صفاق الحوض وكان في مني الزوج كثير من المكورات المنقودية .

المناقشة : العليم شابو :

٤ — العليم شابو : التهاب ما حول الاحشاء اللاصق وقولون متحرك

حادثة رجل مصاب بتشوه القولون الأيمن كشفته الحقنة الظليلة والرسم الشعاعي، فتح بطنه فاذا بالتصاقات عديدة حول الاحشاء فقطعت هذه الالتصاقات وثبت القولون وكانت النتيجة الوظيفية البدئية حسنة

المناقشة : العليمان مرشد خاطر ، شابو م . خ .

❀❀❀

حادث تمزق السنوخ الرئوية وتسرب

الهواء في النسيج الضام وانتشاره في جميع اقسام النسيج الخلوي تحت الجلد

للعليم شوكت موفق الشطي

دعيت في اليوم الثالث من شهر آذار لفحص المدعو . س . م البالغ من العمر ٧٥ عاماً . اعرف بعض سوابقه لانني اعاني معالجته منذ سنوات فليس فيها زهري او انسمام كحولي ولكنه مصاب بداء برايت وقد اعترته منذ بضع سنوات نوبة انسمام بالبولة افقدته شعوره بضعة ايام ثم زالت عنه أثر اتباع المعالجة والحمية واخذت حالته تحسن تحسناً تدريجياً بعد ان اتبع في حياته النظام الصحي المرغوب في اتباعه في مثل هذه الحالات حتى ان ضغطه الذي كان مرتفعاً عاد قريباً من الحد الطبيعي . وكان يشكو المريض انتفاخاً رئوياً يستطاع حشره في زمرة الانتفاخات الحرضية الشيخية وقد بدت فيه يوم دعيت الى معالجته زلة شديدة وانتفاخ في عنقه الايسر مالبث ان انتشر الى عنقه الأيمن . تأملت في المريض فاسترعاني ازدياد الانتفاخ دقيقة فدقيقة ثم انتشاره الى الوجه وظهوره خاصة في جفن عينه اليسرى العلوي وزيادته زيادة تشبه زيادة انتفاخ جلد البطن الضامر أثر الإسراع في حقنه بمصل اصطناعي وتسربه في جفن العين اليمنى العلوي ثم انتشاره في الاجفان الاربعة وطمره العينين وحيلولته دون تمتع المصاب بالنور وذيوعه

بعد ذلك الى جميع اقسام النسيج الخلوي تحت الجلد حتى ان جس هـذه الاقسام كان يولد حساً خاصـاً يشبه الاحتساس الناتج من ضغط الاصابع لناحية اصابتها غنغرينة غازية او الاحتساس الناتج من الضغط على كوم من ثلج هش .

جسست النبض فبدا لي مسرعاً قست الضغط فكان حده الاقصى ثلاثين في جهاز فاكز قرعت الصدر فكان كثير الوضوح. ولدى الاصغاء اليه سمعت خراخر فرقعية كبيرة الفقاعات منتشرة في جميع اقسام الصدر اصغيت الى القلب فشعرت باسراعه وكان صوت نبضانه اكثر بعداً عن الاذن مما في الانتفاخات الرئوية بسبب طبقة الهواء المستقرة تحت الجلد والآخذة بالازدياد في كل نفس. فكرت في طريقة المعالجة فارتأيت استدعاء زميل آخر للتشاور معه في تبزيغ جسم المريض وفصده مع قناعتي بان هذا العمل سوف لا يكون مجدياً بسبب سوء حالة العليل وقد حضر الاستاذ مرشد بك فشرعت بفصد المريض من يده اليمنى بينما كنت اسرد للزميل الفاضل حالة المصاب وادعوه الى رؤية الاعراض واستشيره في امر تبزيغ الجسم فاستقر الرأي على انه لا فائدة ترجى من ذلك بسبب شدة وطئة الاختلاط لذلك قررنا الاكتفاء بالفصد . غير ان الدم الذي كان ينصب بغزارة من وريد اليد اليمنى قد انقطع بسبب زيغ الابرة عن الوريد وقد حاولت مع الزميل الكريم البحث عن وريد آخر لاتمام الفصد سواء في يده اليمنى ام اليسرى دون ان نجد الى ذلك سبيلاً لان الهواء الذي انتشر تحت الجلد عاد وافراً فاخفى الاوردة وحال دون التوصل الى رؤيتها او تقدير مجراها على

الاقل . فقنعنا اذ ذاك بخيبة وسائل المعالجة والاسعاف ومالبث المريض ان فارق الحياة بعد مدة وجيزة .

بدأ الهواء يظهر تحت جلد العنق في الساعة التاسعة تقريباً وفارق المريض الحياة في الساعة العاشرة والنصف فيكون هذا الاختلاط قد قضى على المريض في مدة ساعة ونصف او ساعتين اذا افترضنا ان التمزق السنخي سبق ظهور الانتفاخ في العنق بمدة قصيرة

هذا وان كانت بعض الفحوص المخبرية ولا سيما فتح الجثة والفحص النسيجي تجعل لهذه المشاهدة قيمة فنية اكثر من ذلك ولكن ذلك كان متعذراً وغير ممكن فالحادث فجائي وكان المريض قبله ممتعاً بصحة جيدة وحالته الصحية مستقرة على النحو الذي بيناه ومع ذلك فقد خيل الينا ان هذه المشاهدة لا تخلو من فائدة للاسباب الآتية :

١ً – ندرة هذا الاختلاط .

٢ً – ظهوره في شيخ مع ان المعروف في الكتب المدرسية اصابة الاطفال به .

٣ً – سرعة سيره فقد ذكر ان هذا الاختلاط يستمر سيره يومين او ثلاثة ايام مع ان سيره في مريضنا لم يزد عن ساعتين

❀❀❀

حصيات المثانة في الرضع

للعليم انور شوري

كثيرة هي حصيات المثانة في سورية ولا سيما في بعض انحائها كحوران وحماه والفرات وهي في الاطفال اكثر منها في الكهول والشيوخ ، غيران الحصيات قليلة ان لم نقل نادرة في الرضيع لان الاسباب التي يعزى اليها تكون الحصاة سواءاً بنيية كانت ام عفنية لا يتعرض لها هؤلاء الرضع ولما كان الحظ قدأسعدني اذ كنت جراحاً لمستشفى الفرات فاستخرجت عدداً منها في رضع لا يتجاوز اكبرهم السنة وكانت احداهم انثى رأيت في سرد مشاهداتهم باختصار بعض الفائدة .

المشاهدة الاولى : الطفلة فوزيه البرجيكلي عمرها عشرة اشهر من دير الزور دخلت شعبة الجراحة في الخامس من كانون الثاني سنة ١٩٣٧ لإصابتها بعسر بولٍ وبيلة دموية . ليس في سوابقها المرضية سوى اسهال اخضر اعتراها في الاشهر الاولى من حياتها وكان يعاودها من حين لآخر وقد شكت منذ ستة اشهر اي في الشهر الرابع من حياتها أسراً حاداً فجائياً زال بالمغاطس الحارة وعاودها هذا الأسر مرات واعترتها منذ شهرين بيلة دموية . استقصيت مثانتها بالمسبار فشعرت بحصاةٍ فيها وقد استخرجتها بالطريق الخثلي في ١٢ كانون الثاني من سنة ١٩٣٧ .

المشاهدة الثانية : الرضيع نصار عبد الرزاق من دير الزور عمره سنة دخل المستشفى مصاباً بأسر حاد وفلغمون بولي منتشر خزعت مثانته بالطريق الخثلي

وفجرت وشق فلغمونه وبعد زوال الاعراض الالتهابيـة ظهرت حصاة في الاحليل الخلفي استخرجت بخزع الاحليل وقد ذكر لي اهله انه اصيب وهو في الشهر الرابع من عمره باسهال اخضر شديد عاوده عدة مرات وشكا قبل دخوله المستشفى بثلاثة اشهر اعراض عسر البول ولم يصب ببيلة دموية .

المشاهدة الثالثة : الطفل محمد العبد من دير الزور عمره سنة اصيب بأسر حاد من جراء وقوف حصاة في الاحليل الخلفي فاستخرجت جراحياً بخزع الاحليل في الرابع من ايلول من السنة ١٩٣٦ وفي سوابق هـذا الطفل ايضاً اسهالات خضر .

المشاهدة الرابعة : الطفل عبد القهار المحمد عمره ستة اشهر اتى المستشفى لعسر بول وقد شعرت بحصاة في مثانته بالاستقصاء بالمسبار فاستخرجتهـا في ٢٦ كانون الاول سنة ١٩٣٧ بطريق ما فوق العانة. وفي سوابق هذا الطفل ايضاً اسهالات خضر .

اني اعتذر اليـكم للنقص الذي تلحظونه في هذه المشاهدات ولكنـكم متى عرفتم انني في بلد من هذا القطر السوري لا تتوفر فيه التحريات الحديثة عذرتم : فان الاشعة المجهولة مجهولة في دير الزور ولهذا كنت اعتمد في تشخيصي السريري على الاستقصاء فقط . وانني لمغتبط بان الاستقصاء وحده قد اوصلني على الرغم من صعوبة اجرائه في رضع كهؤلاء الى التشخيص الثابت في المشاهدات الاربع التي اوردتها . وقد كنت أود ان اطلع على حالة البول الجرثومية وان اكشف النقاب عن طهارة البول او تلوثه بالجراثيم وان اعين تلك الجراثيم فيه غير ان كل هذا لم يكن متيسراً لان

المخابر المتقنة في ذلك البلد غير موجودة لسوء الحظ . ولهذا كنت اكتفي بالنظر الى حالة البول بالعين المجردة الذي عرفت به ان بول هؤلاء الرضع الاربع كان عكراً الأمر الدال على ان في المثانة عفونة قد تكون سابقة لتكون الحصاة او تالية لها والأمر الذي يستلفت نظرنا في هذه المشاهدات هو الإمراض (Pathogénie) فان الاسباب التي يعزى اليها تكون الحصاة في الاطفال لم اجد لها أثراً في هؤلاء فقد عزاها البعض الى ضيق الصماخ بعد عملية الختان وهذا السبب لا اثر له في الذكور الثلاثة لان الرابع هي انثى وعزاها البعض الآخر الى وراثة الحرض (arthritisme) وليس في عيلات هؤلاء الاطفال تراث حرضي كما تبين لي من التحريات التي قمت بها بهذا الصدد .

وجل ما في سوابق هولاء الرضع الاربعة انهم اصيبوا جميعهم باسهالات وان هذه الاسهالات قد عاودتهم مرات افلا يحق لنا ان نجعل علاقة بين هذه الاسهالات وبين تكون الحصيات فيهم ؟ ان هذه العلاقة ممكنة بأمرين : الامر الاول هو ان الاسهالات تحدث الاجفاف (Deshydratation) في البدن والاجتفاف ينقص ماء البول فيسهل رسوب الملاح فيه . والامر الثاني وهو الارجح على ما ارى ان الاسهالات دليل على عفونة الامعاء ونحن نعلم ما لعفونة الامعاء من العلاقة بعفونة مجاري البول وما لعفونة مجاري البول بتكوّن الحصاة . وهنا تطرحون علي سؤالاً لا استطيع الاجابة عنه لنقص المخابر كما ذكرت وهو ما اذا كانت هذه الحصيات فوسفاتية او حماضية او بولية او مختلطة لنعلم بهذا ما اذا كانت طاهرة او ملوثة . ومهما يكن فان

في هذه المشاهدات بعض الفائدة ١ً – لندرة الحصيات في الرضع حتى ان موءلفات الامراض البولية . ماريون ، لوغو ، مازونه ، جانبرو ، لم تذكر منها ولا حادثةفي ذكرها اغناءً لاحصاءات الحصيات في الرضع .

٢ً – لانهذه الحصيات قد تكونت في رضع اربعة اصيبوا باسهالات فلا بد من انتكون بينالحصيات والاسهالات علاقة كما بين السبب والمسبب

المناقشة: العليم سعيد السيوطي: ان الزميل الفاضل السيد منير شورى ذكر في مشاهدته المتعلقة بحصيات المثانة في الرضع ان السبب في تكون الحصيات يرجع الى الاسهالات العفنية التي تنتاب الرضع وذلك بسبب تناقص الماء من الدم الامر الذي يساعد على رسوب الملاح وكذلك بسبب دخول الجراثيم واخصها العصيات القولونية لجهاز البول وحصول عفونة فيه فاجتماع هذين السببين هو المكون للحصيات في الرضع .

والاحظ على هذه النظرية بأنني اخرجت حصاة لمولود ابن يومين في مستشفى حمص منذ اربع عشرة سنة فهذا المولود تكونت الحصاة في مثانته وهو في رحم والدته وساقها البول الى الاحليل الخلفي حيث اخرجتها منه بالعملية الجراحية مما يدل دلالة واضحة ان الاساس في تكون الحصيات هو المرض الارثي واكد لي ذلك وجود الحصيات في والد الوليد لهذا اعتقد ان البنية الخاصة في الوالدين التي ورّثاها للوليد هي الاساس فالتهاب الامعاء وتناقص سوائل الجسم ووجود جراثيم في الامعاء لا يكفي لتكوّن الحصيات بصورة مستقلة بل هذه تعد من الاسباب الثانوية المسهلة لتكون الحصيات لاسيما وان الزميل لم يذكر اعراض العفونةالبولية العامة ولا تحرى الجراثيم

في البول ليعلم ما اذا كان متعفناً وما اذا كانت قد دخلت الجراثيم مجاري البول ووسفت غشاءها المخاطي وأهبت المكان لتكون الحصيات لذلك فالحصيات المتكونة المذكورة في المشاهدة ناتجة في الغالب عن الاستعداد الارثي الخاص المنتقل للرضع من الوالدين

العليم شوكة الشطي: اعتقد ان اضطرابات الاغتذاء سواء بالافراط او التفريط تعد من جملة اسباب حصى الرضع فقد شاهدت بيلة كلسية اثر تجريع الاطفال محضرات طبية غنية بالفيتامين وقد زالت البيلة المذكورة اثر الاستغناء عن المحضرات المذكور لذلك صرت اعتقد الاعتقاد السابق .

العليم حسني سبح: ان الحصى البولية تختلف إمراضها بحسب نوع كل منها . فالحصى الفوسفاتية كما في مشاهدة زميلنا الدكتور شورى ، تحدث بعفونة البول الآتية من الامعاء (التناذر المعوي الكلوي) ولذا اؤيد رأي الزميل في تكونها .

والحصى البولية اي المتكونة من حامض البول او البولات تنجم عن الحرض ورأي زميلنا الدكتور السيوطي هو الصواب في هذا النوع .

واما الحصى الحماضية فلم تتفق الكلمة على منشئها ويميل الرأي الطبي في السنين الاخيرة الى عزوها لفعل الجراثيم المعوية ولا سيما لجرثوم دعوه العصية المولدة للحماض (Bacterium oxiliférum) مع اضطراب Ph في البول وميله الى القلوية .

وهنالك عامل آخر في توليد الحصى جميعها هو الحرمان من الحيوينات A الأمر الذي يؤدي الى توسف في الاغشية المخاطية سواء في ذلك الطرق

الصفراوية أو البولية . ولا اشاطر رأي الزميل الاستاذ الشطي باسناد البيلة الكلسية الى فرط الحيوينات D لان هذا الحيوين يثبت الكالسيوم ويضبطه ولا اظنه يؤدي الى افراغه .

العليم شابو : اتفجرون المثانة بعد استئصال الحصاة ام تغلقونها ؟

العليم مرشد خاطر : ان اختبارنا كبير في هذا النوع من الجراحة والحصيات التي استخرجنا تعد بالمئات وقد استعملنا الطريقتين : الاغلاق التام البدئي والتفجير غير اننا وجدنا من الاغلاق محاذير كثيرة كانت تضطرنا الى التفجير بعد حين ولهذا عدنا اليه ونحن لم نلق منه اقل محذور حتى ان الوقت الذي يستغرقه الشفاء ليس طويلاً بل ان معدله عشرون يوماً في الغالب

❀❀❀

حادثة جديدة من العفونة التناسلية الخطرة

في عقب البذر الاصطناعي

للعليم . ج . شارل
ترجمة العليم محمد وحيد الصواف

لقد نقل العليم محملجي في السنة الفائتة الى جمعيتنا هذه حادثة عفونة تناسلية خطرة طرأت في عقب بذر اصطناعي . وقد شاهدت بنفسي حادثة من هذا النوع رأيت ان انقلها اليكم مبيناً الاخطار التي قد تنشأ عن هذا التدخل البسيط اذا اجري في غير شروطه .

السيدة س . . . راجعتني في ١١ كانون الثاني من السنة ١٩٣٩ لآلام في الحثل انتابتها قبل يومين وازدادت تدريجياً مع حمّى .

وهي امرأة في السابعة والثلاثين من عمرها تزوجت منذ ستة عشر عاماً ولم ترزق ولداً على الرغم من المعالجات العديدة التي لجأت اليها. وقد عمدت اخيراً الى استشارة اخصائي جديد في امراض النساء فصوّر نفيريها بعد حقنهما بالليبيودول ثم اجرى لها بعد بضعة ايام من ذلك بذراً اصطناعياً فظهرت الآلام فيها بعد اربعة ايام من البذر . اما الرسوم الشعاعية التي ابرزتها والتقارير المرفقة بها فقد كانت تدل على انسداد صيوان النفير الايسر انسداداً تاماً وعلى انسداد النهاية الوحشية للنفير الأيمن انسداداً قسمياً وعلى انحباس الليبيودول في الصيوان حتى اربع وعشرين ساعة من بعد حقنه .

وقد دل الفحص السريري على التهاب ملحقات متقيح في الايمن : ولم نجد كتلة التهابية في الرتج الايسر ولا في رتج دوغلاس بل وجدنا ان هذين الرتجين موءلمان وتحريك الرحم غير مستطاع اما الحرارة فدرجتها ٣٨٫٥°

أرحنا المريضة اراحة تامة ووضعنا جليداً على بطنها و بدأنا بمعالجتها بالبروبيدون وعلى الرغم من هذه المعالجة ازدادت الآلام في الايام التالية وصعدت الحرارة ودلنا المس على تحجم الكتلة الالتهابية في الملحقات اليمنى وعلى ظهور التهاب ملحقات متقيح في الايسر كما ان كتلة التهابية تكونت في رتج دوغلاس فصار الامر الى التهاب صفاق حوضي حقيقي .

ولم تهبط الحرارة وتصغر الكتل الالتهابية الا بعد اعطاء المريضة زمرة ثانية من حقن البروبيدون . وقد لزمت فراشها شهرين اجري لها في خلالهما غسولات مهبلية وسطامات لا نزال نجريها لها حتى اليوم . وقد ذهبت منذ ايام الى الضواحي بحالة عامة حسنة ولكن بدون ان تشفى شفاء تاماً .

وقد زرعنا في هذه المدة مني زوجها ، الذي كان قد اصيب بحرقة البول فلم نجد فيه مكورات بنية بل مكورات عنقودية . وقد كانت الحيوانات المنوية الحية فيه قليلة جداً وخاصة قليلة الحركة .

هي اذاً حادثة جديدة من المفونة التناسلية الخطرة طرأت في عقب بذر اصطناعي . أنقول ان هذه العفونة قسم من الاخطار المعتادة والمألوفة التي ترافق الطريقة ؟ انني اعتقد العكس فان هذه العرقلة يجب الا تحدث ابداً اذا اتخذت الاحتياطات اللازمة لهذه الطريقة .

فلا يجب اجراء البذر الصناعي في امرأة رحمها متعفنة ، ويجب ان نتأكد

ان ليس في مني المعطي جراثيم واذا اتبعنا في البذر الطهارة التامة لانصادف ادنى عارض عفني .

يجمع المني اما بالاستمناء في علبة بيتري معقمة او بالجماع على ان يكسى القضيب محفظة معقمة من المطاط . وبعد تجنيس المني اما بوضعه دقائق في محم بالدرجة ٣٧ او بتركه ساعات في الهواء الطلق تقطر منه بضع قطرات في جوف الرحم بواسطة قثترة براون المعقمة الجافة وذلك بعد ان نكون قد غسلنا عنق الرحم وقاع المهبل بالماء المغلى .

فاذا اخذنا هذه الاحتياطات الضرورية جميعها لا نتعرض لأدنى انتان واذا اتبعنا من جهة اخرى استطبابات الطريقة يكون قسطنا من النجاح اكبر بكثير . وفي الحقيقة يستعملون اليوم البذر الصناعي على غير نظام بعد اليأس من النجاح وبعد تجريب جميع الطرق الدوائية الاخرى واخفاقها. وكثيراً ما تطلب النساء العقيمات بعد ان عولجن بدون جدوى سنين طويلة الى طبيبهن ان يطبق لهن هذه الطريقة الاخيرة . فيجب الا يذعن لهن والا يجري البذر الصناعي الا باستطباب صريح . وهذه الاستطبابات نادرة فهي من جهة الانثى :

١ً - وهن العجان مع رجوع المني الآني .

٢ً - العوائق المهبلية (تشنج المهبل) او الرحمية (انعطاف امامي او خلفي ترفض المرأة فيهما التدخل الجراحي)

٣ً - الحالات التي تضر فيها مفرزات المهبل والعنق بحياة الحيوانات المنوية واما من جهة الذكر فالاستطبابات هي :

١ً – تعذر الجماع (ورم عظيم في الصفن يخفي القضيب ، انتشار غير كافٍ) .

٢ً – اختلالات الدفق (الدفق قبل الايلاج ، والاحليل السفلي) .

وهذه الحالات نادرة جداً حتى ان ساكي لم يجد في ٢٥٠٠ من الازواج العقم سوى ست عشرة حادثة فقط يصح فيها اجراء البذر الصناعي . ولم اصادف كما اني لم أجرِ شخصياً اي عمل من هذا النوع .

واخيراً ، وهذا احتياط اساسي ، يجب ان يكون النفيران مفتوحين ومني الزوج صحيحاً ويجب من جهة اخرى ان يجرى البذر في الايام التي تسبق الاباضة .

وهكذا نحصل على نجاح باهر (٥٠ ٪ تقريباً في احصاء ساكي) واذا وثقنا ان مني الزوج لا يحوي جراثيم واذا اتبعنا الطهارة فاننا لا نصادف ادنى طارئة .

❀❀❀

التهاب ماحول الحشا اللاصق وكولون متحرك

للعليم شابو — طبيب المستشفيات العسكرية

ترجمها العليم عزة مريدن

بعد ما جال خلال شهرين في شعب الطب والامراض الجلدية ، جاء هذا المريض التونسي س . اخيراً شعبتي وجعل تحت المشاهدة وكان التشخيص (تناذر الحفرة الحرقفيــة اليمنى المؤلم في رجل مصاب بالتهاب البربخ الايمن)

اني استميحكم في اغفال ذكر جميع الفحوص التي اجريت له ويكفي ان تعلموا ان تصوير الحويضة النازل لم يكشف شيئاً ، وان متحولات القولون المعتادة شوهدت في برازه ، وانه كان يتغوط بانتظام تقريباً . بعد دخوله المستشفى بايام (٦ ايلول ١٩٣٨) لاحظت مرتين ، في هذا المريض الذي كان يشكو آلاماً منتشرة في الكتف اليمنى ، وجود تناذر (بوفره) النموذجي المتصف بانتفاخ مؤلم في الاعور يزول من نفسه تدريجياً مع تحيف واصوات اخرى موسيقية .

وقد كشفت حقنة الباريت تحت الدريئة كولوناً ايمن متطاولاً لايجد مكانه بسهولة فى الخاصرة اليمنى ، ويرسم في قسمه المتوسط عروة تامة بشكل حلقة مسطحة تحدبها الخلفي منحجب بالزاوية الكبدية في الاعلى وبالاعور في الاسفل حيث كثير من الالتصاقات ومن الصعب تفريق قطع الامعاء المختلفة : الزاوية الكبدية مؤلمة . شعبتاها لا تتفرقان . ومثل ذلك في حذاء العروة

الوسطى الخلفية ولكن بصورة اقلّ وضوحاً . وبعد اربعة ايام ، وبمعونة الدكتور شارل القيمة الذي اعد نفسي سعيداً بتقديم شكري له عليها ، بضعت المريض بعد التخدير العام بالايثر. فتح البطن بمقابل المستقيم (نموذج جالاغيه) بخط يمتد من الاضلاع الكاذبة نازلاً الى حذاء السرة تقريباً ، فبدا امام اعيننا كولون صاعد جدارنه متكاثفة حمر ، محتقنة ، متكومة على نفسها غير ملتحمة ولكن الالتصاقات العديدة قد زوتها ، والزاوية الطحالية التي كانت شعبتاها ملتصقتين ومنجذبتين الى الانسي ملتصقة بلجم صفاقية بالمرارة والثرب الصغير وانحناء المعدة الكبير ، والقولون نفسه منجذب بلجام نحو الصفاق الجداري الجانبي ، وقدما العروة الخلفية مثبتتان بعدة حجب صفاقية ، الاعور لم يسلم من الحادثة فهو مثبت بلجام مع الصفاق الجداري الخلفي ، ومنجذب الى الاسفل والانسي نحو الحوض بالتصاقات تمرّ فوق الزائدة .

قطعت بحسب اللزوم جميع الارتباطات التي تسمح تدريجياً بتحرير القولون وبسط ثنياته ، ثم قطعت الزائدة ، ثبت الاعور بالصفاق الجداري للحفرة الحرقفية الباطنة ، في وحشي الاوعية الحرقفية بالضبط ، وثبتُّ الزاوية اليمنى في اعلى ارتفاع ممكن وفي اقصى الوراء الممكن بالصفاق الجداري الخلفي ثم ثبت القولون المرفوع الى الاعلى والانسي عرضاً بالصفاق الجداري لشفة الشق الباطنة بعيداً عن الخط المتوسط ، واغلقت الجدار ثلاث طبقات ووضعت احفوضاً صغيراً في غمد العضلة المستقيمة .

تعرقلت العملية بالتهاب قصبات شديد في الطرفين مع قشاعات وافرة واحتقان جنبي رئوي في القاعدة اليسرى ولكن المريض شفي بسهولة

والتحق بفرقتــه في ١٦ تشرين الثاني بندبة متينــة ووظيفة حسنة في الانبوب الهضمي .

اجريت له حقنة باريت جديدة فكشفت ممراً طبيعياً ، و انبساطاً في ثنيات القولون الايمن الذي لم يعد مؤلماً لدى الجس على طول امتــداده ، وقد انهى المريض مدة استخدامه في غرة كانون الاول وسافر الى وطنه ولم اعد اعرف عنه شيئاً ، لقد كان مسروراً من النتيجة عند سفره وهذا كل ما استطيع قوله لـكم .

والخلاصة ان المريض كان مصاباً بشيئين : كولون متحرك بعض اجزائه والتهاب ما حول القولون. ان العيب التشريحي والتبدلات الشكلية في القولون الايمن تعزى اكبر اسبابها الى عدم انتظام نموه الجنيني ولاسيما التصاق جماع الرباط القولوني الماساريقي الايمن بالصفاق الجداري .

ان القولونات اليمنى المتحركة او الثابتة ، الطويلة او القصيرة ، الملتوية او المستقيمة تتعلق كلها بالتشكلات التامة او غير التامة او المنعدمة لوريقة الصفاق (بيتر) . اما انعدام التثبت فأمر نادر واما التثبت التام فنادر ايضاً ولـكن الالتصاق القسمي يصادف في ٨٠ ./. من الحوادث سواء في عرض ساحة الالتصاق او في طولها ، ويستطاع تمييز اشكال كثيرة بحسب ما يكون كل القولون او جزء منه ، وكل الرباط المعلق له او جزء منه ايضاً ملتصقاً أم لا .

اما في حادثتنا فان الرباط المعلق لم يكن ملتصقاً بحذاء الزاوية الكبدية ، وكان القولون نفسه حراً في ثلثيه العلويين . وشكله شبيه بالمنفاخ الموسيقي

مع التواآت سهمية كأنه انبوب منبسط ومطوي في قسمه العلوي ، شعبتا الزاوية الكبدية كانتا متساندتين كفوهتي البندقية وملجومتين بصفيحة مثبتة، وكانت صفيحة (بوي) المنغرسة على القولون ترسم صورة نموذجية من التهاب ما حول القولون الغشائي يضاف اليه التصاقات مرضية حدثتكم عنها في حينه ،

ان التهاب ما حول القولون ليس الا شكلاً من التهابات محيط الحشا التي كان مكتشفها الاول (فيرشوف) ، فهذا المؤلف اكتشف الالتصاقات على جثة مريض شكا زمناً طويلًا من آلام بطنية .

ان اصطلاح (التهاب ما حول الحشا)قد وضعه (هوشار ودوكي)اللذان اكتشفا الالتصاقات حول عدة اعضاء ، وهذا الاصطلاح يصح بحسب تعريف الاستاذ (كارنو) على التشكلات غير الطبيعية التي تبدو حول عدة احشاء فتبدل الشكل والوظفة وهي امراض موضعة في ناحية ويميز منها :

— التهاب ما حول المعدة الذي درسه(فون هاكر عام ١٨٨٤)و(بوفره عام ١٨٩٣) .

— التهابات ما حول الاثنا عشري التي لفتت انظار الاميركان قبل سواهم ولكن في تاريخها شيئاً كثيراً يعود الى المؤلفين الفرنسيين امثال: (بوكوا ، دوفال ، باليو ، رو ، كارنو) .

— التهابات ما حول المرارة المعروفة من عهد (تريبيه وبافيو) .

— التهابات ما حول الكبد .

— التهابات ما حول الامعاء التي ذكرها (كاستان) واخيراً

- التهابات ما حول القولون التي درسها (والتر، وديكوم)والتي -رضها (لاردينوا) في موتمر الجراحة السادس والثلاثين .

وقد تكون التهابات الثروب المزمنة التي شغلت بال (فليهوف) فقدم عنها تقريراً الى الموتمر الجراحي السادس والثلاثين ، التهابات الصفاق الحافظة . ناجمة عن الآلية نفسها – ويقتضي ادخالها في عداد التهابات محيط الحشا التي يميز منها صنفان : التهابات محيط الحشا التالية ذات المنشإ العفني ، والتهابات الحشا البدئية .

ان التهابات ما حول الحشا المشاهدة كثيرة الحدوث وتعود اسبابها الى عفونة في جهاز الهضم موضعية او بعيدة ، وكلنا نعلم الدور الذي يلعبه التهاب ما حول المرارة المزمن في احداث التهاب ما حول القولون ولا سيما التهاب الزائدة الى جانب مختلف التهابات القولون ذات الطبيعة المختلفة ، ويعد بينها في الدرجة الاولى التهاب القولون المصاحب للركود . وفي بعض الحوادث لا يستطاع كشف نقطة حشوية . بل ان اصابة ماحول الاحشاء تبدو كأنها بدئية ويظهر ان للتدرن اهمية كبرى ، الامر الذي لا يقول به المدرسيون ، ويجب البحث عن الافرنجي في كل حال ، والبعض عزا الامر الى الوافدة والبرداء وتبلغم الدم والرثية المفصلية الحادة والفطور . وكثيراً ما لا يمكن كشف اي سبب وهذا ما يشاهد في التهاب ما حول الاثنى عشري الاساسي الذي بحث فيه (دوفال و رو) .

وقد شاء البعض ان يقصي عن بحث التهابات ما حول الحشا ، بعض التشكلات الغشائية وبعض اللجم التي لم يظهر الفحص النسيجي فيها اي علامة

من علامات الالتهاب ، ولتكن ولادية كما شاء (لوفوف) او آلية كما فكر (لان) ولكنها لا تصبح التهابات ما حول الحشا الا متى تعرقلت بتعفن تال وليس من البعيد ان يؤدي سوء تشكل خلقي بنقص التصاق الرباط المعلق الى اضطراب في وظيفة الاحشاء والى التهاب ما حول الحشا اللاصق في الجوار وهذا ما صودف كثيراً وما تذكرنا به مشاهدة مريضنا .

ان الالتهاب كان ينتخب مقراً له بحذاء القولون الصاعد ، واما المرارة والمعدة والزائدة فكانت سالمة فليس الامر التهاب ما حول الحشا التالي :

ان تفاعلات الافرنجي المصلية كانت سلبية ، وبرغم الاختلاط الرئوي الشديد الذي بدا في المريض ، لم تظهر فيه اقل عرقلة درنية ، واظن اننا نستطيع حذف اي مرض عام في احداث هذه الآفة ، فسوء الشكل هو وحده كما يبدو لي جدير بالتهمة ، لان الآفات كانت محدودة فيه وقد لوحظ ان المط والشد الناجمين عن حركة الامعاء قد خلقا لجماً تصلبية اخذت في تثبيت القطع المتحركة ، فنجم عن ذلك ركود غائطي ، واستولت الجراثيم تدريجياً على جدران الامعاء وعلى الرباط المعلق ، وحدثت عن ذلك الدائرة المفرغة : الركود يؤدي الى الانتان والانتان يوجد التصاقات جديدة ، والتهاب ما حول القولون يزيد في الركود .

ان المعالجة الشافية في التهابات ما حول الحشا لا تزال في نظر الاطباء معالجة داخلية وحكمية ، والعمليات التصنيعية : تفريق الالتصاقات ، تثبيت الاعور ، طي القولون ، خياطة القولون التي كان يعلق عليها كثير من الأمل تعتبر اليوم عمليات مخيبة للآمال ، ولسنا ندري في حادثتنا ما هي النتائج

البعيدة ولكني اؤكد في كل حال ان المعالجة الجراحية كانت اجدر من سواها في اعطاء النتائج الحسنة اذا قرنت بعدها بعناية طبية وحكمية منعاً لحدوث التصاقات جديدة .

وهذه المعالجة تفرض حينما تؤدي الحال الى انسداد الامعاء القسمي ، وهذا ما حدا بنا الى التوسط في مريضنا . واست اعتقد ان سرريا يستطيع ان يحكم بغير ذالك .

المناقشة : العليم مرشد خاطر : ليست المعالجة بتثبيت القولون الا ملطفة (paliatif) وكان الاحرى على ما ارى اما قطع القولون اذا لم تحل الالتصاقات دون هذه العملية او اشراك التثبيت بمفاغرة اللفائفي بالسين الحرقفي لان العوارض ستعود الى الظهور وانه لمن المفيد ان تعرف حالة هذا المريض المقبلة .

العليم شابو : ان المريض من تونس وقد سافر الى بلاده وليس من المستطاع اتباع حالته اما التثبيت فلست اظنه معالجة ملطفة فقط بل قد تكون فائدته ثابتة فضلاً عن ان قطع القولون لم يكن مستطاعاً للالتصاقات الشديدة .

❀❀❀

غازات القتال

للطبيب الليوتننت كولونيل برجس رئيس اطباء المستشفى العسكري بدمشق

محاضرتان القيتا في مدرج
الجامعة السورية في ٨ و ٩
ايار السنة ١٩٣٩

ترجمة الدكتور ميشل خوري

حرمت الاتفاقات الدولية المعقودة في لاهاي في السنتين ١٨٩٩و١٩٠٧ استعمال الغازات السامة في الحروب. غير ان الالمان عبثوا بهذه الاتفاقات ، فاستعملوا غاز الكلور سلاحاً قاتلوا به للمرة الاولى جيوش الحلفاء في ٢٢ نيسان ١٩١٥ . وبما ان الحلفاء لم يكونوا على استعداد لدفع خطر هذا الغاز ، فقد بلغت الوفيات في صفوفهم ٣٥ ./٠ . اي انهم خسروا من جراء هذه الغارة الاولى ٥٠٠٠ ميت و ١٥٠٠٠ مسموم . ثم ان معاهدة فرساي حرمت بدورها الحرب الكيمياوية وكذلك الاتفاق الدولي المعقود في السنة ١٩٢٥ . غير ان هذا الاتفاق الاخير لم يطبق لعدم موافقة الكثيرات من الدول عليه .

وتصنع في المانيا غازات القتال جهاراً في مختلف فروع الصناعة الكيمياوية تدل على ذلك الرخص الكثيرة التي تعطى لاستحضار الغاز « ت » ومشتقاته المستعملة لابادة الطفيليات والحشرات الضارة ، وفي صناعة الافلام والمنسوجات الصناعية . كما ان غاز الايبريت (ipérite) يستعمل فيها في صناعة

المطاط واما من الوجهة الحربية ، فان فكرة الحرب الكيمياوية مقبولة في المانيا ، اذ ان هانزليان الالماني ذكر في كتابه الحرب الكيمياوية المطبوع في ليبزيغ ما يلي « ان هذه الحرب تهيء لاكثر الامم ثقافة بالمعنيين الفني والعلمي سلاحاً لا كالاسلحة ، فيكتسب احذق الشعوب استعمالاً له تفوقاً عالمياً يمكنه من بسط سيطرته على العالم كافة .

لذلك قضت الضرورة ، امام هذا الخطر ، على الشعوب التي لا تجيز الحرب الكيمياوية ان تتقيها وتدفع اضرارها ، وكان من الواجب ان لا يكتفى بتجهيز الجيوش ضد الحرب الكيمياوية ، بل ان يدرب ايضاً ويجهز السكان الآمنون وغير المحاربين كالنساء والاولاد والشيوخ ، لان هؤلاء كالمحاربين او اكثر يتعرضون لفتك هذا السلاح الكيمياوي كما اثبتت الحرب الاسبانية الاهلية وكما هي الحال في سائر الاسلحة ، يجب في غازات القتال حين مقاتلة العدو ان يحسن استعمال السلاح وان يستعمل منه ما كان على الاقل معادلاً لسلاح العدو في القوة والمضاء

تعريف غازات القتال : هي اجسام كيمياوية غازية سائلة او جامدة ، من شأنها اذا نشرت في الهواء ان تجعله غير صالح للتنفس او ضاراً . وينتج من ذلك ان غاز القتال يجب ان يكون بقدر الامكان غير ذي لون ولا رائحة ، غازياً في درجة الحرارة العادية . واذا كان سائلاً فيجب ان تكون درجتا غليانه وتجمده كثيرتي الانخفاض وان تكون درجة توتر بخاره كثيرة الارتفاع . ويجب ان يكون ثابتاً حين الاستعمال ، لا يتحلل بالماء والمعادن ، وان يكون صالحاً لوضعه في كل انواع القذائف . ووجب ان يكون حشوه في القذائف

سهلًا . وان لا يتحول حين الانفجار واما من الوجهه الفريزية(الفيسيولوجية) فافتكهما كان ساماً لكل اقسام الجسد ، لا تقفه القنع الواقية المعروفة .

طريقة الاستعمال : استعمل الالمان في اثناء الحرب الاخيرة غاز الكلور بشكل امواج . على ان هذه الطريقة لا تصلح الا في حرب الخنادق ، وتستلزم اعمالاً تحضيرية واسعة النطاق. وفضلًا عن ذلك فهي خاضعة لوجهة هبوب الريح وسرعتها ولحالة الرطوبة في الهواء وللحرارة الخارجية وطبيعة الاراضي . ولذلك فان طريقة الهجوم هذه لم تستعمل كثيراً ففضلت عليها الاغارة بالقذائف الناقلة للجسم السام الى مسافة بعيدة او الاغارة بمرام ترسل مقداراً وافراً من الغاز الى مسافة قريبة. وكان لهذه المدافع شكل خاص تقذف بها قذائف محشوة بالسم الى مسافات تختلف ما بين ثلاثة واربعة كيلومترات. وكان يجمع معاً من هذه المدافع عدد كبير وتطلق بالتوالي بواسطة قالبة كهربية (commutateur) .

واما القذائف السامة فكانت تحشى بالغاز او بالسائل السام ولم تكن تحتوي عدا السم الا على المتفجر الضروري لاحداث الانفجار في القذيفة . وعلى اثر ذلك استعملت سوائل منفطة(vésicants)كالايبريت وتلا هذه استعمال اجسام صلبة كانواع الارسين (les arsines) في القذائف العادية . وكان القصد من هذه الطريقة الاغارة على الاعداء من مسافة بعيدة وفي نقاط معينة .

الغارات الجوية : لم تستعمل في اثناء الحرب الكبرى القذائف السامة في الغارات الجوية . على انه لا بد لنا ان نتوقع في حرب مقبلة استخدام السموم في مهاجمة

المدن الآمنة . كما انه لا بد من توقع استعمال الطائرات التي تكون الواحدة منها عبارة عن مستودع مملوء بالسائل السام ونعلم ان الاميركيين بصورة خاصة اشاروا باستعمال طائرات المهاجمة التي تحمل سائل اللويسيت (lewisite) الزعاف ، لابادة المدن باجمعها وذلك بان تفتح فوق المدينة المهاجمة مستودعات السائل السام الذي تحمله الطائرات . غير اننا نميل الى الظن بان توقع هذا المصير المخيف لا يخلو من المبالغة .

الغازات الرئيسة : درست في اثناء الحرب الكبرى طبائع مركبات كيمياوية عديدة ولكن لم يستعمل منها الا العدد القليل . وظهر في نهاية الحرب ان ما استعمل منها لا يتعدى الا ثني عشر مركباً ، منها خمسة فقط شديدة الفتك وهي الفوسجان (phosgène) والديفوسجان (di-phosgène) المسمى ايضاً بالسورباليت (surpalite) والكلوروبيكرين (chloropicrine) والايبريت وانواع الارسين .

التصنيف : ان التصنيف الغريزي ، اي التصنيف بحسب فعل الغاز في العضوية ، مقبول اكثر من سواه ، وتقسم الغازات به الى كاوية وخارشة (irritants) وسامة عامة .

الغازات الكاوية (Les gaz caustiques) تحدث الغازات الكاوية فعلها الضار حيث تدخل وتوجد آفات ثابتة في جميع النسج التي تمسها وتقسم الى غازات خانقة ومنفطة

الغازات الخانقة (Les gaz suffocants) : هي غازات تسمم الخلايا وتفعل بوجه خاص في الغشاء المخاطي التنفسي ومثال هذه الغازات الكلور . وهو

كثير الاستعمال في الصناعة حيث يؤلف المادة الاولية في كلورور الكلس وفي انواع الكلورور المزيلة للون وفي الاصباغ الصناعية . وفي الكثير من المستحضرات الصيدلانية. وفضلًا عن ذلك فانه يشترك في تركيب العدد الكبير من غازات القتال واخصها الغازات الخانقة . وكانت المانيا في السنة ١٩١٤ تنتج منه ٣٧ طناً في اليوم غير انها اصبحت تنتج منه في السنة ١٩١٨ ٦٣ طناً في اليوم. اما فرنسا فبعد السنة ١٩١٥ اي بعد الاغارة الالمانية الاولى بالكلور ، اصبح متوسط ما تنتجه يومياً ٥٠ طناً . ويستحضر بالتحليل الكهربي بكلورور الصوديوم ، فهو اذن سهل وقليل النفقة ، يميع بسهولة، ومتى كان سائلًا لا يخرب المعادن فحفظه سهل ايضاً. غير ان الكلور عاد قليل الاستعمال في اواخر الحرب فقام مقامه اعظم مشتقاته شأناً وهو الفوسجان.

الفوسجان (Le phosgène) : كانت هذه المادة شائعة الاستعمال في المانيا لاستحضار الاصباغ وكانت اول غاز فرنسي وضع في القذائف واكثر الغازات استعمالاً من كلا الجانبين المتحاربين . ويستحضر باطلاق تيار من غاز الكلور على اوكسيد الكربون الناشيء من غاز الغازوجين بحضرة حالّة (catalyseur) وصيغته ($COCl^2$) وهو سائل طيار يغلي في الدرجة + ٨° وبخاره اثقل من الهواء بثلاث مرات واسم من الكلور بعشرين مرة .

ويشتق منه الباليت (palite) وصيغته $Cl-C \lessgtr {O- \atop O-CH^2Cl}$

والسوربالييت(surpalite)وصيغته $Cl-C \lessgtr {O \atop O-CCl^3}$ ويسمى هذا الاخير ايضاً الديفوسجان (di-phosgène) .

الكلوروبكرين (La chloropicrine) صيغته ($Cl^3 \equiv C — NO^2$)
يشتق ايضاً من الكلور . ويستحضر بفعل الكلور او كلورور الكلس في الحامض البكري في بيئة قلوية . وقد استعمل بعد انتهاء الحرب كثيراً لابادة الحشرات والجرذان .

الغازات المنفطة (Les gaz vésicants) : مثال هذه الغازات الايبريت (L' ypérite) . وقد اطلق عليه هذا الاسم لان الالمان استعملوه للمرة الاولى في الايبر في السنة ١٩١٧ . وعرفت هويته في فرنسة بعد ان استعمله الالمان بثلاثة ايام وصيغته $S < \begin{matrix} CH^2—CH^2—Cl \\ CH^2—CH^2—Cl \end{matrix}$. واستحضره الالمان مستعينين بمواد تستعمل في تركيب النيلة . اما في فرنسا فاستطاع الكيماويون استحضاره بطريقة اسرع من الطريقة الالمانية بثلاثين مرة . والايبريت سائل غير ذي لون يميع في الدرجة + ١٣ ، ويؤثر وهو غاز او وهو سائل فيسبب حروقاً . وهو يهاجم الطرق التنفسية والهضمية . ومن اخص صفاته انه شديد الالتصاق بالمواضع التي يصيبها فيعود شديد الخطر . على من يجاور الشخص المسموم، لان الانسمام يحدث بملامسة ثيابه .

اللويسيت (Le lewisite) وجده الكيماوي لويس في اميركا في السنة ١٩١٨ . وهو خليط مركبات منفطة لم يتح استعمالها لانعقاد الهدنة . وهذا المنفط افتك من الايبريت ولذلك سماه الاميركيون « ندى الموت » لانهم زعموا ان بالاستطاعة نشره فوق التجمعات بطائرات المهاجمة المحتوية على مستودعات خاصة للغاز .

الغازات الخارشة (Les gaz irritants) : مثالها الغازات المسيلة للدمع ،

(Les gaz lacrymogènes) يقصد من استعمالها اسالة دموع المحارب وحمله على العطاس والقيء فينزع قناعه ويتعرض لتأثير الغازات السامة او الكاوية وتستعمل عادة في قذائف محتوية على خليط من الغازات الخارشة والسامة ومثال هذه الغازات برومور البنزيل (bromure de benzyle) $C^6H^5—CH^2Br$

الغازات السامة العامة (Les toxiques généraux) تنفذ هذه الغازات الرئتين وتقتل بسرعة وهي حامض السيانهيدريك (l' acide cyanhydrique) ومشتقاته . ويتألف الفنسانيت (La vincennite) الذي استعمل في فرنسا من ٥٠ ٪ من هذا الحامض ممزوجاً بتترا كلورور القصدير (tétrachlorure d' étain) والكلوروفورم غير ان اوكسيد الكربون هو السم العام الذي يُخشى اكثر من سائر السموم لخلوه من اللون والرائحة . ويكفي ان يكون مقداره في الهواء بنسبة ٣ — ١٠٠٠٠ ليحدث الانسمام . واما اذا كان المقدار بنسبة ٢ الى ٣ في الالف فانه يحدث تسممات خطرة . وعليه فان اوكسيد الكربون سلاح مجهول مخيف تهددنا به الحرب المقبلة .

الغازات الجديدة الممكنة : تتجه كيمياء غازات القتال في الوقت الحاضر نحو المركبات العضوية المعدنية وعلى الاخص تلك التي تتألف من المعادن مع الكربونيل (les métaux-carbonyles) اي تلك التي يؤلف فيها المعدن مركباً معقداً يميل الى اطلاق اوكسيد الكربون بتأثير الحرارة . وما نخشاه بصورة خاصة هو ان الاجهزة المصفّية الحالية يجتازها اوكسيد الكربون واما المركبات المعدنية مع اوكسيد الكربون فهي على الاخص مركبات اساسها الحديد . ومن هذه المركبات ما حوى حتى تسع ذرات من اوكسيد

الـكربون لجوهر واحد من الحديد . وتستحضر الآن جميع هـذه الاجسام في الصناعة الـكيمياوية،لان حديدها يرسب بشكل دقائق متناهية في الصغر .

الغاز « ت » - Gaz «T» : صيغته $O<\begin{matrix} CH^2 \\ | \\ CH^2 \end{matrix}$ يحدثون كثيراً في هذه الآونة عن اوكسيد الاتيلين المعروف بالغاز « ت » . وهو سائل يغلي في الدرجة +١٢° ويسبب قيئاً وخدراً عاماً وموتاً سريعاً . وهو يستعمل في الصناعة ويفيد لقتل الحشرات وتدرس في الوقت الحاضر طريقة الوقاية منه بالقنع المصفية .

والجوهري ان لا تؤخذ على حين غرة باستنباط جسم جديد يستطيع اجتياز القنع الواقية الحالية . ومما يبعث على الاطمئنان في هـذا الشأن ان غازات جديدة قد يصح استعمالها في حرب كيمياوية مقبلة ، نبذت لصعوبة استحضار كميات كبيرة منها وعلى الرغم من التحريات التي قام بها كيمياويو جميع البلدان في الحرب الاخيرة ، لم يكشف غاز جديد لم يستطع دفعـه والوقاية منه . وذكر الاستاذ باترنو الكيمياوي الايطالي ما يلي : «لا يجب ان نخشى او ان نأمل في تقدم الـكيمياء من هذه الناحية نجاحاً يفوق مـا نستطيع بلوغه في استحضار القذائف » . ومع ذلك فان تقدم فن الطيران يمكن من قذف المدن الآمنة بكميات كبيرة من الغاز القتال ولـكن لا يجوز ان نجهل ايضاً ان ابادة مدينة برمتها تستدعي عـدداً كبيراً من الطائرات تنقل فيها كميات وافرة من الغازات السامة .

كشف الغاز (Détection) : نريـد بذلك الدلالة على جميع الوسائل

التي يلجأ اليها لمعرفة طبيعة الغازات السامة . وذلك في الحقيقة لا غنى عنه فستخدم الوسائط الكيمياوية والاحيائية لمعرفة اي نوع من غازات القتال قذفه العدو . وقد استخدمت في الحرب الاخيرة كواشف (détecteurs) حكمية وكيمياوية واحيائية ، واساس هذه ، تفاعل الغاز مع مواد تمكن من تعيين نوعه اما بتغير اللون ، او بتوليد تيارات كهربية ضعيفة تتصل بمجموعة اجراس فتحملها على التصويت ، او ان هذه التيارات تعطي اشارة ما فينتبه الى وجودها . وفي الحقيقة فان كشف الغاز تصحبه صعوبات جمة ولا سيما حين يراد تعيينه بسرعة في ساحة القتال .

ولقد كان عدد الكواشف في الحرب الاخيرة كبيراً ، على ان افضل الكواشف الحالية من الوجهة العملية هو الجهاز الذي استنبطته شركة دريغر (Draeger) ويتألف من مضخه تدخل الهواء المريب في انبوب مبطن بطبقة من جمد السليس المنشط (gel de silice activée) ولهذه المادة قدرة شديدة على الامتصاص ولكنها معتدلة من الوجهة الكيمياوية. وتجعل مشبعة بالكاشف الكيمياوي فتتلون بالوان شتى وفقاً للغاز الذي يمر عليها . وقد اظهرت التجربة ان حاسة الشم خير كاشف للغازات ذات الرائحة على انها لا تجدي شيئاً لكشف غاز اوكسيد الكربون الخالي من الرائحة . وكشف هذا الغاز سهل باستعمال الكاشف ل د LD . فاذا وضع شيء منه على ورقة اعطى لوناً رمادياً حين ملامسته اوكسيد الكربون

الاجهزة المصفية (appareils filtrants) : هي قنع شخصية تنقي الهواء المثقل بالغاز السام حين دخوله اليها وذلك بتعديل الغاز بمواد خاصة محفوظة فيها

وتستعمل في الوقت الحاضر قنع مصفية تستطيع تعديل جميع غازات القتال المعروفة ما عدا اوكسيد الكربون ، فتقي الرئتين والعينين خلال بضع ساعات ويحمل الجهاز الواحد في كيس معلق بالعنق .

واما الاقسام الرئيسة التي يتألف منها الجهاز المصفي فهي القناع خاصةً ويكون مثبتاً باسفله الى قطعة معدنية فيها دسامان (soupapes) احدهما للشهيق والآخر للزفير وفي القنع المستعملة حالياً اداةٌ تمنع الغشاوة فيستطاع استعمالها بدون ان تحجب البصر قطرات بخار الماء التي تستقر على السطح الداخلي للنظارتين الملحومتين الى القناع وهكذا فان القناع خاصةً والقطعة المعدنية والنظارتين تؤلف مجموعاً يسهل تثبيته على الوجه والجبين بربط مطاطة اولها يسير حول الرأس من الصدغ الى الصدغ والآخر في الاتجاه الجبهي القفوي والرباط الاخير يكون في الوراء فيثبت جانباه بمحجن وحين وضع القناع يبعد الرباطان العلويان ويولج به الوجه بادخال الذقن اولاً . ثم ترفع حافة القناع العلوية باليدين ويثبت الرباطان الاولان على الرأس واخيراً يثبت الرباط الخلفي . ولكي يوضع القناع وضعاً صحيحاً يجب ان يكون تام الانطباق على محيط الوجه والجمجمة فلا يستطيع الهواء المثقل بالغاز السام بلوغ المسالك التنفسية الا بواسطة الثقبة الواقعة في الخرطوش .

<u>الخرطوش (La cartouche)</u> : يحتوي الخرطوش على المواد المخصصة لتعديل الغاز السام في الهواء ، فهو القسم الفعال في القناع ويشدُّ الى هذا الاخير بلولب ،او يوصل به اذا كان ثقيلًا بانبوب ثخين لين من المطاط ،

وفي هذه الحالة يحمل على الصدر في كيس معلق بالعنق . ويكون موضوعاً على صفيحتين معدنيتين تسمحان للهواء بالمرور في الثقبة الواقعة فيه . ولا بد من التحقق من ان هذه القنع المصفية صالحة للاستعمال ، فتفحص على الاقل مرة في السنة لتأكد مناعتها واحكامها . ويجب حفظها في اماكن جافة باردة لكي لا تفسد اقسامها المصنوعة من المطاط .

الاجهزة العازلة (appareils isolants) : تجعل هذه الاجهزة تنفس الشخص في عزلة تامة عن الوسط الخارجي . وتستعمل على الاخص ضد غاز اوكسيد الكربون . واساس صنعها مبدأ التنفس في جو صناعي ينال عناصره من الاكسيجين المحفوظ في خزان صغير . اما اوكسيد الكربون فتتلفه مواد كيمياوية اخرى اخصها الاوكسيليت (oxylithe) وافضل هذه الاجهزة جهاز دريجر (Dreager) وجهاز فنزي (Fenzy) الذي يوجد منه نموذجان كبير وصغير ، ومن المؤسف ان يكون الجهازان المقدمان ثقيلين ، عائقين ومدة وقايتهما قصيرة . وهما غاليا الثمن ، غير انهما فعّالان شديدا التأثير ضد غاز الكربون ضمن نطاق المدة القصيرة التي اما ان تكون ساعتين او اربع ساعات وفقاً لحجم خزان الاكسيجين الموجود في الجهاز . ويبطل عمل الجهاز حين نفاد الاكسيجين منه فيستطاع اذ ذاك ابدال الخزان القديم بآخر جديد .

الالبسة الخاصة : اما الوقاية من المواد المنفطة فتقوم باستعمال البسة خاصة يجب ان يجهز بها بوجه خاص اولئك الذين يقومون باعمال الاسعاف في الجو المشتمل على الغاز المنفط . وتتألف من قفازين ورداء مصنوع

من قماش لا ينفذه الغاز ، وحذاءين عاليين . ويتمم ذلك ارتداء القناع الآنف الذكر .

وقاية المجموع

ان الغاية من وقاية المجموع هي جعل سكان المدن : النساء والاولاد والشيوخ في مأمن من قذائف الطيارات سواء اكانت هذه القذائف متفجرة فقط او متفجرة ومحشوة مواد سامة .

تنظم وقاية المجموع هذه في كل مدينة تنظيماً حسناً في زمن السلم حتى اذا اعلنت الحرب استطيع استخدام هـذه المنظمات منذ الايام الاولى . ولا خلاف ان الرعب الذي يلقيه في القلوب قذف المدن الآمنة بقذائف الطائرات شديد جداً فعلى هذه المنظمات ان تخفف من هذا الرعب بتنظيمها طرق الوقاية تنظيماً متقناً .

وتقسم الترتيبات التي يجب اتخاذها لوقاية سكان المدن فئتين : تفريق السكان والملاجىء

١ — تفريق السكان : ونعني به ان يترك المدن المهددة جميع من لا حاجة اليهم في الدفاع عنها لان بقاءهم فيها يزعج ولا يفيد .

ويقسم توزيع السكان قسمين : التوزيع البعيد والتوزيع القريب فترسل بعيداً عن المدن الاسر والاشخاص الذين تتوفر لهم وسائط النقل ويتمكنون من المعيشة في تلك الاماكن النائية وتتخذ هذه الاحتياطات

متى توترت الحالة السياسية واصبحت الحرب لا مناص منها .

واما التوزيع القريب فيعنى به ارسال القسم الآخر من السكان الى القرى المجاورة، او متى سمحت الشروط الجغرافية كما في دمشق، توزيعهم في الجبال المجاورة حيث يجدون ملاجىء طبيعية . ويتخذ هذا الاحتياط ايضاً باسرع ما يمكن ، وقبل اعلان الانذار اذا تيسر الامر . ويتم هذا التوزيع القريب في كل يوم او يطول عدة ايام وفقاً لحالة السكان الاقتصادية. وينظم اتجاه هذا التوزيع القريب تنظيماً حسناً لكل حي من احياء المدينة . ولا يخفى ان التجول في المدينة وما ينجم عنه من التشويش ممنوع منعاً باتاً . فاذا اخذنا دمشق مثالاً قلنا ان سكان حي المهاجرين والصالحية تكون وجهتهم دمر او جبل قاسيون بيد ان سكان حي الميدان يتوزعون في السهول المجاورة لذلك الحي . وقد اتيت بهذين المثلين لابين لكم ان اخلاء مركز المدينة والاماكن المهددة فيها بالسريع العاجل أمر واجب ونعني بالاماكن المهددة البيوت المجاورة لقيادة الجيش والمؤسسات العامة والادارات . ومتى كانت في المدن وسائط نقل عامة (قطر حديدية ، حافلات ، سيارات كبيرة) كما في المدن الكبيرة استخدمت هذه الوسائط جميعها لنقل السكان الذين لا يستطيعون الانتقال بوسائطهم الخاصة . وتنظيم وسائط النقل هذه في زمن السلم واجب : يحصى عددها وتعين اماكن اجتماعها وسفرها وعودتها وما تستوعبه من الاشخاص . ومتى جمعت هذه المعلومات جميعها استطيع تنظيم مخطط للحركة .

٢ — الملاجىء : تحفر ملاجىء منذ زمن السلم للاشخاص الذين

لا يستطيعون النزوح بعيداً عن المدن ولا الذهاب الى القرى المجاورة اي لمن هم مضطرون الى البقاء في المدينة على الرغم من قذفها بالقذائف (السلطتان العسكرية والمدنية . الادارات العامة والمصالح التي تتوقف عليها حياة المدينة كالاطفائية والبرق والبريد والخ . والمرضى الذين لا يستطاع نقلهم والاشخاص الذين لا يتمكنون من الابتعاد عن المدن لاضطرارهم الى كسب قوتهم اليومي) .

فاذا كانت في المدن ملاجىء قد انشئت لغاية صناعية كالانفاق والقطر الحديدية تحت الارض استخدمت جميعها بلا استثناء في كل حي . وفي المدن التي شيدت بيوتها بالحجارة وبنيت تحتها اقبية متينة تعد هذه الاقبية ملاجىء جاهزة غير ان هذه الملاجىء الجاهزة لا تفي عادة بحاجة السكان الا في المدن الكبرى فعلى السلطات ان تصنع في زمن السلم مخططاً للملاجىء عمقها ١،٢٠ متر الى ١،٥٠ متر وهذا تابع لصلابة الارض وان تحفر هذه الخنادق في جوار المؤسسات التي يراد وقاية سكانها . ويجب اعداد الادوات اللازمة للحفر في زمن السلم ايضاً كالمجارف والمعاول والخ . حتى اذا اقتضت الحاجة بوشر العمل بسرعة متى خشي ضرب المدينة بالطائرات .

مراكز الاسعاف : تنشأ في كل حي من احياء المدينة وفي زمن السلم مراكز اسعاف غايتها ايواء ضحايا ضرب المدينة من جرحى ومسممين بالغازات . وتجهز مراكز الاسعاف هذه في الاقبية او الملاجىء الطبيعية القريبة من الاماكن المهددة في المدينة اي في تلك الاماكن التي توجه اليها الطائرات غاراتها وحيث يقع العدد الكبير من الضحايا . وليكن اتساع هذه المراكز

كافياً ليستطاع فرز المصابين منذ وصولهم اليها وارسال كل منهم الى المكان المختص بالاسعاف الذى تتطلبه حالته ويتألف كل مركز للاسعاف ، اذا كان متقناً ، من غرف عديدة يجمع في البعض منها المسممون بالغازات المنفطة وفي الاخرى المسممون بالغازات الخانقة . وتخصص في هذا المركز غرف للاولاد وغيرها للرجال واخرى للنساء وتجهز فيه ايضاً مشا نّ (douches) لغسل المسممين بالغازات المنفطة بالسريع العاجل ويعدُّ فيه جهاز خاص لاسعاف المختنقين بالاكسيجين . ويتألف هذا الجهاز من خزان مملوء بالاكسيجين ومن اكياس من المطاط تملأ اكسيجيناً وينشقها المختنقون . ويجهز هذا المركز ايضاً ببعض الادوات كالمباضع وانابيب المطاط لاجراء الفصادة ولوازم التضميد وحباب نافثين وزيت مكوفر ومحاقن وابر ومقادير كبيرة من تحت كبريتيت الصوده واجهزة فيرموريل(Vermorel)لصنع الرذاذ بتحت كبريتيت الصوده وكميات وافرة جداً من كلورور الكلس واجهزة اوكسيليت (oxylithe) وعدد كبير من الرحالات (brancards)

واما الاشخاص في كل قاعة من قاعات الاسعاف فهم طبيب وصيدلي وطبيب اسنان يساعد الطبيب في صنع الحقن الجلدية وغسل الاغشية المخاطية بماء ملح نسبته ١٤ بالالف او بماء قلوي (ثاني فحمات الصوده) وممرضتان او ثلاث ممرضات وخدم لنقل المسعفين على الرحالات .

ان مركزاً للاسعاف هذا شأنه باتساعه وعدد غرفه لا يتيسر ايجاد مكان فسيح له ومنيع على قذائف الطائرات فتستحسن الاستعاضة عنه بعدد من المراكز في كل حي وتخصيص كل منها بفئة من المصابين واحد منها

للجرحى وآخر المختنقين وآخر للمنفوطين .

رجال الاسعاف : يشترط في رجال الاسعاف ان يكونوا شجعاناً واقوياء ليستطيعوا حمل الجرحى والمسممين ونقلهم الى مراكز الاسعاف . وينتقى هؤلاء الاشخاص في زمن السلم من الشبان الذين قد أعفوا من الخدمة العسكرية لسبب ما . أو من اشخاص متقدمين في السن ولا يزالون اقوياء البدن . فيخصص الفتيان منهم بنقل المرضى على الرحالات والمتقدمون بالسن منهم بالاسعافات الاولى وتتألف كل زمرة منهم من ممرض واربعة او ثمانية اشخاص لحمل الرحالات وتوفر لهم وسائط النقل (عربات صحية او عربات عادية تكون قد جهزت تجهيزاً موافقاً لنقل المرضى) فيستخدمونها في الانتقال بسرعة الى حيث الضحايا وينقلونهم بها الى مراكز الاسعاف . وتعين لكل فئة من رجال الاسعاف اماكن عملهم منذ زمن السلم ومراكز الاسعاف التابعون لها .

وتستخدم الاوانس والسيدات الفتيات المتطوعات كممرضات في مراكز الاسعاف على ان يتلقن الدروس العائدة الى وظيفتهن في زمن السلم .

الانذار : تعين في كل مدينة قيادة عسكرية تقوم باعطاء علامة الانذار وتتلقى هي بدورها المعلومات من البعد تلفونياً او باللاسلكي عن عدد الطائرات المغيرة واتجاهها وتستمد المعلومات من القرب باشارات بصرية او سمعية . وتوضع في بعض انحاء من المدن الكبيرة صفارات كبيرة تنذر الشعب باقتراب طائرات العدو . واذا لم تكن صفارات ينذر الشعب بوسائط اخرى اجراس الكنائس وصفارات السيارات والابواق والمنادين . وبعد

ان تسمع اشارة الانذار يجب على من لم يكونوا قد غادروا المدينة ان يبقوا فيها . لان حركة الشعب في الشوارع والاسواق والطرق ترشد الطائرات فتلقي بقذائفها .

اطفاء الانوار: ان ضرب المدن ليلًا اكثر من ضربها نهاراً لان رؤية الطائرات ليلًا صعبة ومنعها عن القيام بعملها بوسائل الدفاع الجوي من طائرات المطاردة والمدافع المضادة للطائرات متعذر . فمتى سمعت اشارة الانذار تطفأ الانوار جميعها في خارج البيوت وداخلها لان نوراً واحداً يكفي لتسترشد الطائرات به وتعرف هدفها وقد دلّ الاختبار ان الطيارين حتى الذين اعتادوا ارتياد اماكن معينة لا يستطيعون الاهتداء ليلًا الى هدفهم اذا لم يسترشدوا باشارات النور المعدة لهديهم .

واذا تعذر اطفاء الانوار جميعها في داخل البيوت وجب اغلاق النوافذ او سترها بسجف كثيفة لا يخرقها النور او استبدال المصابيح الكهربية البيض بمصابيح زرق او الاستضاءة موقتاً بمصابيح ضئيلة (مصابيح البترول او الشموع) والنتيجة انه لا يجوز ان يبدو نور في خارج البيوت لان اختبارات الدفاع قد دلت في كل مكان ان اطفاء الانوار جميعها امر واجب اما السيارات فتقف حيث هي وتطفىء انوارها .

درس الانسمامات السريري بغاز القتال ومداواتها مرَّ بنا ان غازات القتال تصنف بحسب فعلها الغريزي في العضوية، فتتميز منها من هذه الوجهة الغازات السامة الكاوية، والسامة العامة، والسامة الخاصة .

السموم الكاوية : تهاجم هذه السموم كيمياوياً الخلية الحية ، وتقتلها

اذا كانت مدة تأثيرها كافية . . وتنقسم قسمين :

أ – السموم القليلة الذوبان في النسج الحية ، والتي تفعل بسرعة في السطوح مؤثرة منها النسيج الخلوي .

وتعرف بالخانقة ومثالها الكلور والفوسجان .

ب – السموم الذوابة في نسج العضوية ، والتي تؤثر ببطء مع الماء ، فتأثيرها اذن بطيء عميق . وبما انها تحدث في النسج نفاطات ، فقد سميت بالمنفطة ومثالها الايبريت .

السموم العامة : هذه السموم مضرة ايضاً بكل الخلايا الحية ، ولكنها لا تكون معها اتحادات كيماوية . فتأثيرها اذن من قبيل المخدرات ومثالها حامض السياندريك .

السموم الخاصة : تؤثر هذه السموم فقط في خلايا معينة ، وتهيج النهايات العصبية . اشهرها السموم المسيلة للدموع ومثالها برومور البنزيل .

السموم الخانقة : اذا دخلت الغازات الخانقة مجاري التنفس احدثت فيها آفات تنتهي بالاختناق . وتكون في بدء الاستنشاق فترة تحدث فيها منعكسات دفاع تنفسية اخصها السعال . وتتوسع الأوعية الشعرية الرئوية فيحدث ذلك تجمعاً دموياً في الرئة . فاذا استمر التسمم ، حدثت في حذاء الأوعية الشعرية نتحة سائل وذمي واستقرت في الاسناخ ، والقصيبات الدقيقة ثم ملأت الرئة . وفي الوقت عينه يضعف القلب ، فاذا لم يدرك المسموم بالمداواة الموافقة قضى نحبه بالحرمان من الاكسيجين اي بالاختناق وباسترخاء القلب (asystolie) .

اشكال التسمم : من هذه الاشكال شكل صاعق يحدث للمسمومين الذين يغمرهم فجأة جوّ كثيف من الغاز الخانق . اما الموت فيحدث بوقوف التنفس الفجائي مع غشي قلبي ، او تحدث وذمة رئوية حادة سريعة تخنق المسموم في بضع ثوان . وهؤلاء المسمومون كالغرقى ، زرق ، ضيقو النفس ويبصقون سائلاً مزبداً ورديّ اللون. غير انهذا الشكل الصاعق نادر ، واكثر حدوثاً منه الاشكال الخطيرة التي تكون ذات ثلاثة اطوار هي طور التهيج وطور التحسن وطور الصولة

طور التهيج : وهو طور الدفاع التنفسي ، فينتاب المسموم السعال وينقبض صدره ويحسّ بانملابسهمشدودةعليه فيأخذ بحل قبتهواثوابه ويبرد ويهن . اما حركات التنفس فتعود الى ما كانت عليه تدريجياً فيدخل المسموم اذ ذاك في الطور التالي :

يشعر المريض في هذا الطور بانه احسن من ذي قبل ، وينتظم تنفسه ويقل وهنه. على ان هذا الطور يستمر ٢٤ الى ٤٨ ساعة فهو اذن خادعٌ يجب ان يحذر فيه المخنوق من العوارض الخطيرة التي قد تحلّ به اذا تخيل في نفسه الشفاء . واذا كانت اصابة المسموم خطرة فانه يدخل في طور الصولة فيعود الحصر والزلة الى سابق عهدهما . ويصبح التنفس مؤلماً .

ويسمع بالاصغاء خراخر دقيقة تحت الفرقعية دالة على وذمة الرئة وخراخر التهاب القصبات. واذا كانت الوذمة شاملة منذ البدء يسكن التنفس فلا يسمع شيء ويبصق المريض كميات كبيرةمن سائل مصلي رغوي مصبوغ بالدم واما من جهة الدوران فيشاهد ازرقاق اللون وتوسع الاوداج

وازدياد حجم الكبد واسراع القلب وتشوش نظمه وهبوط التوتر الشرياني

وتصاب الاجهزة الاخرى اصابة متفاوتة فيحدث قيء والتهاب كلية سمي ووهن فاذا اجريت للمريض مداواه مناسبة مستعجلة خفت وطأة الاعراض بالتدريج . ولكن المخنوق يظل عرضة للانتانات الثانوية واعظمها شأناً ذات القصبات والرئة . ودور النقاهة طويل ، ويبقى الضعف مدة طويلة فاذا بذل المريض اقل جهد عاودته الزلة .

المداواة : تشتمل مداواه التسممات بالغازات الخانقة على ثلاث فئات من الوسائط ، تقابل الاطوار الثلاثة الخاصة بالتسمم . يجب قبل كل شيء تخليص المخنوق من فعل الغاز اما بالباسه القناع الواقي باسرع ما يمكن ، او بنقله سريعاً الى الهواء النقي . وينقل المسموم على رحالة (brancard) اية كانت درجة تسممه . وتجيء المداواة بافضل النتائج في طور التحسن ، على انه لا يجوز انتظار هذا الطور الثاني لفصد المريض واستخراج نحو من ٥٠٠ سم٣ من الدم واعطائه الاكسيجين بعد ذلك . وليدفأ المسموم منذ ابتداء التسمم لانه يكون مقروراً كما تقدم . ويمنع عنه الطعام ما عدا بضع ملاعق من القهوة او الشاي المخفف . ويبدأ باعطائه الطعام اعتباراً من اليوم الثالث

ويجب ان يكون الفصد باكراً ووافراً ما امكن . وبما ان الدم لزج ، فانه لا يخرج بالمبزل فيجب اجراء الفصد بالمبضع . ونجبر احياناً على كشف الوريد وبضعه طولاً لابقاء حافتي الجرح مبتعدتين ، وجعل المريض يفتح ويطبق يده مرات متوالية . فاذا لم تبلغ كمية الدم ٥٠٠ سم٣ يتمم الفصد بالمحاجم الدموية على الصدر . واذا لم تجدِ هذه الوسائل فلا بد من بضع

الشريان الكعبري . واما الفصادات التالية فيجوز ان يكون مقدارها ٢٠٠ سم٣ . وفضلاً عن ذلك يعطى المخنوق الاكسيجين . فاذ لم يمكن الحصول على قناع ليجندر ونيكلو (Legendre et Nicloux) . يجب ان يهيأ له الاكسيجين في بالونات وخزانات مجهزة باداة خافضة للضغط . او ان يحمل على تنفس الاكسيجين بواسطة انبوب من المطاط موضوع في منخره بعد ان يدهن هذا بشيء من الزيت المغمنل ويجب ان تستمر المداواة بالاكسيجين ما دامت شفتا المسموم زرقاوين ، وتوقف حين تعودان حمراوين . ولكن تجب اعادتها اذا عادت الزرقة الى الشفتين . ويجب ان يقوى القلب بالكورامين (Coramine) . ويطهر المنخران بتقطير الزيت المغمنل (gomenoleé) ويغسل الفم والحلق بمطهرات خفيفة . ويجب الامتناع عن الامور التالية :

لا يجوز اعطاء الديجتال (digitale)

لا يجوز اعطاء الادرنالين ولا المورفين

لا يجوز اتعاب المريض

لا يجوز اجراء التنفس الصناعي

لا يجوز اعطاء الغاز الكربوني للاكتفاء بالاكسيجين .

الغازات المنفطة : مثال هذه الغازات كما تقدم الايبريت .

الدرس السريري : يسبق ظهور الآفات زمن سكون مدته عادة ٢٤ ساعة . واما العوارض التي تحدث فهي التالية :

العوارض العينية : توتر المقلة ، تشنج الجفون مع حوية القرنية

(Chémosis) وخوف الضياء والتهاب الملتحمة والتهاب القرنية (kératite) مع تقرحات القرنية او بدونها .

العوارض الجلدية : حمامى مستقرة بوجه خاص على العنق والابطين والاربية والصفن ، حمامى حافاتها مذبذبة مع وذمة تحتها وفقاعات قد تصبح كبيرة الحجم ومحتوية على سائل ليموني ولا تترك هذه الفقاعات ندوباً اذا لم يصبها انتان ثانوي. واما الذين يكون تسممهم خطيراً فقد تحدث فيهم في اليوم السادس اندفاعات عفنية .

العوارض التنفسية : حمامى المجاري التنفسية قد يصحبها التهاب الحنجرة ، او التهاب الرغامى والقصبات، او التهاب القصبات القرحي او ذات القصبات والرئة او احتقان رئوي وقشاعات منسلخة عن غشاء القصبات

العوارض الهضمية : صعوبة بلع سببها تقرحات دائمة واقعة وراء الغندبة الخلفية (pilier postérieur) غثيان ، وقيء باكر ، اسهال مدمى احياناً .

العوارض الكلوية : آحين في البول .

العلامات العامة : حمى تكون احياناً مرتفعة: نبض سريع، وهن وخمول

العوارض العصبية : اضطراب ومعص. نوب اختلاجية، خذل(parésie) في الطرفين السفليين. وتحدث هذه العوارض على الاخص في الحوادث الخطيرة

التدابير الواقية : ان المواد القلوية والمؤكسدة والماء، تتلف الايبريت اذا كانت حرارتها مرتفعة . ولهذه الغاية يعالج المنفوطون بغسل اجسامهم غسلاً وافراً ومديداً بالماء الحار والصابون ، وتنزع عنهم ثيابهم وتؤخذ منهم جميع

الاشياء التي يظن انها تلوثت بالغاز فتعرض الملابس لفعل البخار المضغوط مدة نصف ساعة .

واما ما يكون في حوزتهم من التجهيزات الخاصة ، واحذيتهم وغير ذلك فتهطر بفحمات الصوديوم او الافضل بكلورور الكلس . وتجفف اليدان وتفركان بمسحوق كلورور الكلس . وبعد ان يمر المنفوطون تحت المشنة (douche) يعطون بياضاً نظيفاً ويستطيعون اذ ذاك ارتداء ملابسهم الخاصة لدى خروجها من المحم ، اذا لم تسمح ظروف الحال باعطائهم ملابس جديدة ، ولا بد من غسل فم المنفوطين وحلقهم بمحلول ثاني فحمات الصوديوم بمعدل ملعقة قهوة منه في ربع لتر من الماء .

التدابير الشافية : العوارض العينية : غسل العينين في كل ٤ ساعات مناوبة بمحلول ثاني فحمات الصوديوم وفوق منغانات البوتاس. واذا كان الالم شديداً تقطر في العينين ٣ او ٤ مرات يومياً قطرتان في كل مرة من محلول الكوكائين بنسبة ٢ — ١٠٠ . واذا اصيب المسموم بخوف الضياء وبدماع شديد تقطر مرة او مرتين في النهار قطرة أو قطرتان من كبريتات الاتروبين المعتدل بنسبة ١ — ١٠٠ . أما اذا حدث تقيح فيقطر الكولارغول مرتين في النهار بنسبة ١ـ١٠٠ اما وذمة الجفون فتعالج بالمكمدات الحارة المغموسة في محلول ثاني فحمات الصوديوم بنسبة ٢٢ - ١٠٠ وتضمد العينان بضماد مغلق .

العوارض الجلدية : بعد الغسل والتجفيف يوضع على الجلد الخليط التالي :

طلق ٤٠٠ غرام

ثاني فحمات الكلس
ثاني فحمات المغنيزيا } من كل ٢٠٠ غم
اوكسيد التوتيا

او يدلك بمروخ زيتي كلسي او بالزيت المغمنل او بمعجون مائي تركيبه

طلق
ثاني فحمات الكلس
ماء الكلس } كميات متعادله
غليسرين درجته ٣٠٥

تفقأ الفقاعات وتطلى سطوحها ومحيطها بالزيت المغمنل بنسبة ١٠ – ١٠٠ وتغطى بضماد طاهر من القطن غير القوأب (non hydrophile). وتوضع على الاعضاء التناسلية مدة ساعة على الاكثر مكمدات مبللة بمصل نسبته ٧ـ١٠٠٠ ويجب نبذ الفازلين والحامض البكري .

العوارض التنفسية : يعزل المسمومون في اماكن خاصة وينشقون بخار الماء ، ويقطر في انوفهم الزيت المغمنل بنسبة ٢ – ٣ في المائة . ويقطر الاختصاصي الجيت المغمنل ايضاً في قصباتهم . ويسكن السعال بالكوديين او الديونين ، وينفخ في الحنجرة حين الشهيق عشرة سنتيغرامات (مقدار حبة الحمص) من المسحوق التالي :

كلور هيدرات المورفين
سكر اللبن
صمغ مسحوق } كميات متعادلة
حامض البوريك

ويلف الصدر والعنق بلفافات ساخنه ولا توضع لصق مخردلة . واذا ظهرت اعراض النزلة ينبب مجرى التنفس . اما خزع الرغامى فغير مرغوب فيه (لامتلاء القصبات الغليظة والرغامى)

العوارض الهضمية : اذا حدث تقرح فمي بلعومي يمس بمحلول زرقة المتيلين المضاف اليه شيء من الكوكائين .

ويعطى ثاني فحمات الصوديوم بمعدل ملعقة قهوة منه في ربع لتر ماء كل ثلاث ساعات ، حمية لبنية في البدء تليها حمية لبنية نباتية .

العوارض العصبية والعامة : يعطى ماء فيه ثاني فحمات الصوده بطريق الفم أو حقناً شرجية مرات متكررة . ويقطر في المستقيم من مصل ثاني فحمات الصوده بنسبة ٤٠ في الالف ، حمية مائية .

السموم العامة : مثالها حامض السياندريك . يؤثر هذا الحامض تأثيراً ساماً بمنع فعل الخمائر . فيحدث بتأثيره اختناق داخلي لانه يمنع الخلية من تثبيت الاكسيجين .

الاشكال السريرية : شكل سكتي نادر جداً يقع فيه المريض في حالة تقوس خلفي وينفلت بوله ويموت فجأة

وشكل بطيء يظهر فيه دور اضطراب فدور تقفع فدور سبات

المداواة : يجعل المسموم في الهواء الطلق ويصب الماء البارد على نقرته . ولينقل مستلقياً على ظهره لتقليل الحاجة الى الاكسيجين ويحافظ على التنفس او يستعاد ، بالتنفس الاصطناعي او باستنشاق الاكسيجين ويحقن بالايثر والبنين ويعطى السكر والكحول . وقد اسفر عن شيء من النجاح استعمال

تحت كبريتيت الصوديوم بنسبة ٤ : ١٠٠

اوكسيد الكربون : التسمم به فجائي. صداع ودوار واختلاجات يعقبها غشي او سبات . واذا استعاد المسموم رشده تبدو عليه مظاهر الترنح وتظهر فيه تشوشات مخية وخذل. ويتلون الجلد بلون احمر واذا كان التسمم طفيفاً تبدو مظاهر الترنح والوهن .

المداواة ينقل المسموم الى الهواء البليل وينفس تنفساً اصطناعياً ، وينشق الاكسيجين ويدلك قلبه ويعطى مقويات القلب ويدفأ. ولا تعطى مسكنات للصداع اي لا تعطى خافضات الحرارة ولا المسكنات .

مركبات الارسين (Les arsines) : بعضها منفط والبعض الآخر مهيج وتسبب آفات جلدية ومخاطية وتنفسية

الآفات الجلدية : يسبب الارسين حمامى محدودة مع وذمة واضحة الجوانب كأنها درجات السلم . وتظهر فقاعات وتتقيح بسرعة تاركةً ندوباً .

وتخرب الاغشية المخاطية في المكان المألوف وتصادف في العين قروح عميقة في القرنية فينشأ منها التهاب المقلة والعمى . وقد تتأذي الاعضاء جميعها القلب والرئتان . والكليتان والكبد . وانواع الارسين شديدة التهيج لغشاء الانف المخاطي . والانف خير كاشف لها لرائحتها الخاصة.وذراتها دقيقة جداً وشديدة الالتصاق .

المداواة : الغاية منها تحويل الزرنيخ الثلاثي القوى الى زرنيخ خماسي القوى بالتأكسد ، اما بواسطة فوق منغانات البوتاس بمحلوله الالفي او بماء الاكسيجين في وسط قلوي . ويؤكسد اليود الارسين بقوة بحضرة الماء

التشخيص : ان النهج الذي نسلكه في معرفة نوع الغاز يعينه ترتيب ظهور الاعراض للعلامات العينية ، والانفية الحنجرية القصبية ، والجلدية والرئوية . فمتى تفوقت الاعراض العينية يظن قبل كل شيء بالغازات المدمعة ولتمييز هذه نحاول ان نعرف تأثير الدماع في الألم فاذا سكن سيلان الدموع الألم يرجح الكلوروبكرين الذي يحدث ايضاً تقززاً وعلامات رئوية . واذا لم يتأثر الألم بالدماع يرتاب بالباليت (palites) او الساتون البرومي (cétones bromées) ولا سيما اذا انتاب السعال المسموم ، وفي هذه الحالة نخشى من الاختناق ومن الوذمة الرئوية .

واذا تأخر ظهور الاعراض العينية ، ثم بدت هذه واخذت تزداد ، يظن بالتأثيرات الكامنة للايبريت فيفتش اذ ذاك عن الحمامات(érythèmes) والفقاعات (phlyctènes)

وحيثما تكون الاعراض الانفية الحنجرية القصبية هي الغالبة ، او كانت مصاحبة لعلامات عينية، يوجه التشخيص نحو الغازات المنفطة وتميز هذه بدرس الفقاعات . فاذا كانت متأخرة وواضحة فهو الايبريت واما اذا كانت باكرة ومشوشة او متقيحة فهو الارسين الكلوري والبرومي . (arsines chlorées et bromées)

واذا كان العرض الغالب الاختناق كانت امامنا ثلاث فرضيات بحسب علامات التهيج المخاطي والجلدي او غيابها. فالاختناق البسيط الذي لا تصحبه آفات جلدية او عينية يكون بالكلور والفوسجان . واما اذا صحبت اعراض عينية الاختناق ولم تصحبه اعراض جلدية فيكون التسمم مسبباً عن الساتون

البرومي او البائيت . واذا صحبت آفات عينية وجلدية الاختناق فهو الايبريت واذا رافقت تبدلات جلدية وعينية الاختناق واتضحت ايضاً علامات التهيج الانفي يظن بانواع الارسين الشديدة الاشباع .

ما يجب عمله للجرحى المسمومين :

١ ضرورة تخب المسمومين واعتماد طريقة خاصة في المداواة الجراحية ووجود اماكن خاصة للجرحى المسمومين

٢ - الاقتصار في الاستطبابات الجراحية على الحالات المتناهية الحراجة في الدور الحرج الذي يكون ٢٤ ساعة للمنفوطين و٤٨ ساعة للمختنقين وفي اثناء العوارض الحادة ،

٣ — صنع اقل ما يستطاع عمله وبالتخدير الموضعي والناحي . ويجوز التخدير المستقيمي بالافرتين (avertine) في المختنقين .

٤ - استعمال طريقة التطهير ، وتحت الكلوريت في تحضير ساحة العملية وتضميد المنفوطين .

٥ منع نقل الدم والاستمصال (serothérapie)الوريدي في المختنقين

٦ - عزل المبضوعين وعدم تحريكهم وعدهم من فئة المرضى الذين لا يستطاع نقلهم .

❀❀❀

الشباب والاشباب

«١٠»

للعليم شوكة موفق الشطي

تحريم الخمر

كانت العرب معجبة بالخمر وقد قال انس رضي الله عنه :

حرِّمت الخمر ولم يكن للعرب يومئذٍ عيش اعجب منها وما حُرم عليهم شيء اشد من الخمر ولذلك نزل فيهسا خمس آيات ويظهر من مجموعها ان القطع بتحريم الخمر والنهي عنها كان بعد تمهيد بالذم لها وفي هذا من الحكمة في التدريج بالتكليف ما لا يخفى . فاول ما نزل فيها بمكة قوله عز وجل : «ومن ثمرات النخيل والأعناب تتخذون منه سَكَراً ورزقاً حسناً » ثم انزل الله عز وجل بالمدينة : « يسألونك عن الخمر والميسر قل فيهما إثم كبير ومنافع للناس واثمهما اكبر من نفعهما » فتركها قوم للإثم الكبير وقالوا لا حاجة لنا في شربها ولا في شيء فيه أثم كبير وشربها قوم لقوله تعالى «منافع للناس »

وقد حرّف احد الصحابة آية كريمة اثناء الصلاة فانزل الله عز وجل : « يا ايها الذين آمنوا ، لا تقربوا الصلاة وانتم سكارى حتى تعلموا ماتقولون» فحرم السكر في اوقات الصلاة فقال عمر بن الخطاب رضي الله عنه : ان الله عز وجل تقارب في النهي عن شرب الخمر وما اراه الا سيحرمها . فلما نزلت هذه الآية تركها قوم ، وقالوا : لا خير في شيء يحول بيننا وبين الصلاة . وقال

قوم نشربها ونجلس في بيوتنا . فكانوا يتركونها وقت الصلاة ويشربونها في غير حين الصلاة الى ان شربها رجل من المسلمين . فجعل ينوح على قتلى بدر ثم نزلت آية التحريم وهي قوله عز وجل « انما يريد الشيطان ان يوقع بينكم العداوة والبغضاء في الخمر والميسر ويصدكم عن ذكر الله وعن الصلاة فهل انتم منتهون » وكان نزولها وتحريم الخمر في شهر ربيع الاول سنة اربع من الهجرة .

العلهِ (*)

لا جرم ان العَلَه (**) من اعظم الاخطار التي تهدد نوع البشر خاصة ، ولا سيما القسم المدني منه . لا بما يورثه مباشرة من الاضرار السامة فحسب بل بعواقبه الوخيمة ايضاً . اذ انه يمهد السبيل لخطر لا يقل ضرراً عنه الا وهو السل ، ويوهن البدن ويجعله اقل مقاومة وجلداً في كثير من الامراض مطلقاً . كما وان الغول (الكحول) شديد الفتك في الجملة العصبية اكثر من غيرها لذلك لا يستغرب ان يكون من اهم الاسباب الموجبة لكثير من

(*) ننقل هذا البحث عن الزميل الفاضل الاستاذ احمد حمدي الخياط (فن الصحة ج ٢ ص ٣٧٥) لأننا وجدنا بحثه اكمل ما قيل في هذا الموضوع

(**) العَلَه ، اذى الخمار وهو صداع الخمر واذاها وبقية السكر وهو كذلك خبث النفس وضعفها والشَرَه والدهش ، والحزن والحدة والانهماك ورجل علهان تنازعه نفسه الى الشر وعَلِه وقع في ملامة . وما اصدق هذا كله على حالة من يدمن السكر وشرب الخمر وهو ما يسميه الافرنج (alcoolisme) وهو علهان وهي علهى والجمع علاه وعلاهى

الامراض العصبيـة ومن اعظم دواعي الجنون والشقاوة والاجرام ، لا في الشخص المسيء لنفسه وحده ، بل وفي اعقابه من بعده . فهو اذن علة الشقاء والعوز ، والبؤس والفلاكة وهو جرثومة الافلاس والمسكنة ، ما نزل بقوم الا اودى بهم مادةً ومعنى اي بدناً وروحاً او جسماً وعقلاً وهو الاضمحلال المحتم ومعول الخراب الاعظم .

وما العله الا نتيجة طبيعيـة لاستعمال الاشربة الغولية مطلقاً سواء ابغولها وحده ام بغيره من الارواح التي تضاف اليها ، كما في الابسنت واشباهه .

حقيقة العله : اذا رجعنا الى تأثير الغول في بدن من يتناوله نستخلص من ذلك ان تلك المادة السامة ، المخرشة ، توجد بحالتها الطبيعية في وريد الباب وفي الكبد وفي جميع شبكات العروق الرقاق اي في جميع نواحي البدن بما فيها الجملة العصبية المركزية ، اذ توجد في السائل الدماغي الشوكي وتبقى هناك طويلاً قبل ان يتغير شيء من صفاتها مطلقاً او تحترق .

وعليه فهذه المادة الجائلة في جميع اقسام البـدن تمس جميع اعضائه ، ولا يبعد ان يحصل من ذلك :

١ — تخريش الاقسام الاولى من جهاز الهضم ، تخريشاً الياً .

٢ تيبس النسج التي تُمس لما فيها من خاصة القأب (جذب الماء اليها)

٣ احتقان العروق الرقاق وتبيغ اعضائها مطلقاً .

وتـكون نتيجته ذلك المحققة .

أ — انفعال تلك الخلايا النبيلة (الاصلية) لهذا التخريش واستحالتها استحالة شحمية .

ب استيلاء العناصر البلعمة وانتشار التصلب اي احتلال النسج الصلبة محل العناصر النبيلة في الاعضاء ، ومعنى ذلك اضمحلال تلك الاعضاء والتقصير في وظائفها الهامة ، اما ما ينتج من ذلك فهو :

١ً — في جهاز الهضم :

أ التهاب المعدة الغولي ، المختلف الشدة بين الالتهاب البسيط والالتهاب المتقرح ، مع توسع المعدة فيمن يدمن شرب الجعة وانقباضها فيمن يدمن شرب مياه الحياة او الاشربة المقطرة .

ب — نزلات الامعاء المزمنة مع امكان تقرح العفج او المعى الاثني عشري

ج — آفات الجملة البابية وما ينتج من ذلك من كهبة الكبد ولا سيما كهبة (لاثنيك) الضمورية والكهبة الشحمية الضمورية وغير ذلك .

د — تيبس الطحال او تصلبه .

هـ - التهاب الخلب (الصفاق) المزمن ، حيث يكون مرتعاً للعصيات السلية خاصة وخلاصة ذلك اجمالاً سوء الهضم فسوء التغذية مطلقاً .

٢ً — في جهاز الدوران :

أ — تنوء القلب بالشحم ولا سيما في المدمنين شرب الجعة

ب — احتقان العروق الرقاق وتبيغ اعضائها .

٣ً — في جهاز افراغ البول :

يؤيد موريس نيكلو اطراح الغول من الكلية وذلك بتجارب خاصة

٤ً — في الجملة العصبية :

اما هذه الجملة فهي للطافتها واستعدادها الخاص اكثر الاعضاء انفعالاً

من هذه المادة السامة فيحدث استعمالها :

أ — في الدماغ احتقان السحايا والقشر احتقاناً يؤدي الى تصلب الدماغ والتهاب السحايا الغولي واستحالة الشرايين الدماغية استحالة شحمية فتصبح سريعة العطب .

ب — اما النخاع فقليل الانفعال من ذلك .

ج — تلتهب الاعصاب المحيطة كلها سواء منها الحسية او المحركة .

ظواهر العله : — للعله ظواهر مختلفة وانواع شتى بحسب نوع الاشربة الغولية المستعملة ، وبحسب الاستعداد الشخصي من وراثة وسن وعمل ، وبحسب انواع الانسمامات والاخماج الاخرى التي ترافق ذلك في البدن واجلى هذه الظواهر هي :

١ً — العله الحاد : وما هذا العله الا السكر والخمار . ويتجلى بنشوة ثرثارة في شاربي الخمر ومكتئبة . خطرة ، في شاربي مياه الحياة ، وشاغبة وصاخبة في شاربي الافسنت .

ودور الهذيان الارتعاشي لا يلبث ان يظهر في كثير من المخمورين ، بما فيه من عربدة ، ودعارة ، ودوار وفقد الحس او غيبوبته ، ثم سبات ، وقد يجر ذلك الى الموت. وقد يكون هنالك اسباب مهيئة لهذا الهذيان الارتعاشي كالوراثة العلهية وصغر السن والتعب والاعياء ، وبعض الانسمامات الاخرى

٢ً — العله المزمن : وهذا هو النوع الخطر المقصود غالباً عند اطلاق هذا الاسم ولا يخفى ان كثيراً من العلاهي لا يثملون عند الشرب ، فيحدث فيهم هذا العله خفية ويجهلون انهم علاهى ، وانه لتختلف اعراض هذا العله

لأسباب كثيرة ، منها الوراثة والمهنة ومنها التصبيح اي تناول تلك الاشربة صباحاً (على الريق) او الشراب على جوع كمشه ، ومـا اشد ضرر ذلك سواء أفي المعدة ام في الجملة البابية . لانها تتلقاه صرفاً ، غير مزيج ولا مشوب ، ومنها كثرة كثافة تلك الاشربة وغناها بالغول ، كما في الاشربة المقطرة وفي السوائل الروحية ولا سيما اذا كانت كثيرة الزيوت المطرية ، ومنها عدم السلامة البدنية كوجود انسمامات اخرى واخماج تزيد في وخامة تلك الاعراض ، كالسل الذي يزيد في سوء تأثير الغول في الكبد والخلب (الصفاق) والداء الافرنجي الذي يزيد في وخامة العله في الدماغ .

ويعتبر الآن للعله ثلاثة انواع وهي :

أ — عله الخمر : وهو ما ينتج من استعمال الأشربة الغولية المختمرة فقط ، فشارب الخمر محمر (محتقن) الوجه مـكاشمه (منتفخ) مع مظهر السلامة او الصحة ، غير انه عليل الاحشاء سيء الهضم . اذ كثيراً ما يكون مصاباً بالتهاب المعدة ، يشتكي الحزة وكثرة الريال ، مصاباً بكهبة الكبد (ضخامية او ضمورية) والخلاب (التهاب الخلب او الصفاق) الغولي وقد يشاهد في اولئك اعراض عصبية مزعجة كالتنمل والخدر والآلام وبطلان الحس والارتجاف والاورق والأحلام المزعجة والتململ . وكثيراً ما يظهر الهذيان الارتعاشي في اولئك ، عقب حادث مفاجيء او مرض بدني .

اما شاربو الجعة فيتولاهم السمن والانفضاج مع توسع المعدة واستحالة القلب الشحمية والتهاب المثانة .

ب — عله العرق : وهو ما يشاهد في شاربي الأشربـة المقطرة ومياه

الحياة خاصة وتكون هيأة اولئك هيأة ضعف وكآبة ، تنتابهم الآفات العصبية اكثر من الآفات الهضمية الحشوية، اي آفات الدماغ او الاعصاب المحيطية مع تشحم كثير من اعضاء البدن المختلفة .

ج — عله الافسنت (الابسنت) : ان هذا هو اشد انواع العله خطراً وفتكاً اذ يضاف فيه شر الانسمام بتلك المطور او الزيوت المطرية التي فيه الى شر الانسمام بالغول فتكون البلية مضاعفة . ومما يزيد في بليته ايضاً ، انه لا يستعمل الا مشهياً اي قبل الطعام وعلى جوع ، واهم اعراض هـذا العله تشنجية ، كما في العله الحاد او السكر . اي تظهر بشكل نوب صرعية ، يضاف الى ذلك ميل الى الإجرام والدعارة ، والجناية وقد يؤدي ذلك بصاحبه الى الجنون اخيراً .

وخلاصة ذلك ان اهم ما يمتاز بههذا العلههو فرط الحس ،وزيادة التنبه ولا سيما في الافعال المنعكسة . والتهاب الاعصاب المحيطية ، مع سائر اعراض عله العرق كلها .

عواقب العله :

أ — في الشخص المدمن : ان للغول في المدمن نفسه عواقب خطرة جداً وتكون إما آفة علية واضحة ككبة الكبد والهذيان الارتعاشي والتهاب الدماغ الغولي ، وإما ضعف عام يؤدي بالشخص الى الانحطاط البدني والوهن ، ونقص في مقاومة البدن مطلقاً ونتائج ذلك الوخيمة كثيرة . منها : ان تقل مقاومة البدن للأمراض المختلفة ولا سيما الامراض السارية ، اذ من الامور المسلم بها كقاعدة في فن المداواة ان ذات الرئة تكون

اشد ما تكون خطراً في العلاهي ، وكذا الموات الرئوي (غانغران) يكاد يكون خاصاً بهم . والجدري فيهم يكون نزفياً غالباً وهكذا يكون خطر كثير من الامراض اشد كالحمرة والحمى التيفية والهيضة والرعن (ضربة الشمس) وما شابه .

ومن الامور التي تستأهل الذكر في هذا الشأن استعداد العلاهي لقبول السل خاصة حتى صار يعد الغول من الاسباب المهيئة له . ولهذا يقول الاستاذ لاندوزي قوله المشهور في ذلك وهو ان الغول يهيء الفراش للسل اي يمهد السبيل الى وصوله البدن . وهذا من الامور التي لا مشاحة فيها لما هنالك من الاحصاءات الكثيرة التي تؤيدها . ومن الثابت ايضاً ان السل يكثر في ارباب الحرف المتعلقة بالغول اكثر من غيرهم . ومما يؤيد ذلك ان البلاد التي يصرف فيها الغول بكثرة هي البلاد التي يفتك فيها السل اكثر ما يفتك والداء الافرنجي، كالسل، تكون آفاته المخربة اشد وخامة في العلاهي اكثر من المتعففين ولا سيما تلك الآفات العصبية التي تؤدي الى اخطر العواقب . اما ذلك الاستعداد الخاص فهو العله ، لانه كما يقول الاستاذ فورنيه ، من اهم العوامل في خطورة الداء الافرنجي لانه يساعد على ايجاد تلك الآفات العصبية المتصلبة الخاصة كما يساعد على ايجاد مثل ذلك في التصلبات الحشوية المختلفة . وذلك لسببين :

الاول : انه يؤثر موضعياً كمخرش ، مساعد على حدوث آفات الفلج العام والسهام ، ولا سيما بعد ما عرف ان الغول يوجد في السائل الدماغي الشوكي من شاربه ، ويبقى فيه مدة طويلة فهو لذلك لا يبعد ان

يحدث التصلب في السحايا والالياف النخاعية كما يساعد على حدوث الكهبة الخاصة في الكبد .

ثانيهما : هو ان الغول وان احتسي بجرع قليلة ، من الخمر او غيرها من الاشربة القليلة الغول فانه يوجد ذلك الميل والاستمداد لزيادة التوتر ودوامه وذلك من الاسباب الهامة في حدوث تلك الآفات كما سبق ذكره .

وبالاختصار ، ان الغول ليضعف البدن ويجعل الملهان بحالة لا تحسن الدفاع في اثناء الامراض المختلفة لذلك يموت اكثر الملاهى عبطة (صغاراً) وصناعة الغول اكثر الصناعات وفيات كما تعترف بذلك شركات التأمين على الحياة .

وانه لمن اوخم العواقب في الملاهى ، بلا مراء ما يصيب الجهة العقلية والنفسية ، اذ يكون منهم اعظم وارد للمشافي الخاصة (بيمارستانات) . هذا وجميع الاخصائيين متفقون على ذلك وعلى ان هناك نسبة متوازية دائماً بين عدد المصابين بالامراض العقلية وبين كثرة المصرف من الاشربة الغولية في البلاد المتمدنة ، اي تزيد بزيادة المصروف من هذه السموم ، وتقل بقلته ، والاحصاآت الكثيرة شاهدة على ذلك مؤيدة له ، كما انه من الثابت ان الامم التي نجحت في مكافحة الغول والمله ، نقص فيها عدد المصابين بالامراض العقلية كذلك ، كالامم السكاندناوية .

هذا ، ولا ينكر ان هذا البلاء لا يقتصر على الأحوال البدنية فحسب بل هناك شره المستطير في الجهة الاخلاقية ايضاً حيث يكون سبباً في كثرة الاجرام والجنايات ولذا تمتلىء السجون بالمدمنين والملاهى اكثر من غيرهم

وتزداد نسبة اولئك ايضاً في البلاد بازدياد المصروف من تلك المواد السامة . فالقتلة والجناة وارباب القباحات والجنح ، والمتعدين على الاخلاق ، والخارجين على الآداب العامة ، كل اولئك من نتائج العله ومن شر فعل الغول في الأمة . لذلك يكثر سوادهم بكثرة المصروف من الغول في كل امة ويقل بقلته سواء بسواء ، كما ان البؤس يزيد في عدد اللصوص . وما الصق الفقر والبؤس بالعله ، لذلك فغير عجيب ان تكثر السرقة والنشل في امة يكثر علاهاها ايضاً ويكثر بهم شقاؤها حتى انه ليقدر ان (٨٠) في المئة من الجناة الفتيان هم من اولئك العلاهى ، ومثل ذلك الانتحار ايضاً .

عواقب العله في الامة – اما عواقب العله في الجماعة والامة فكثيرة ووخيمة ايضاً ، لان ما ينتج منه من آثار الانحطاط البدني والعضلي والتأخر الادبي والاخلاقي ، لا يقتصر على الفرد الجاني نفسه فقط ، بل كثيراً مايتمداه الى خلفه واعقابه من بعده . وقلما يكون للعلاهى اولاد طبيعيون ، اذ لا يزيد السليم منهم على (١٧٫٥) في المئة مع ان هذه النسبة لا تقل في غيرهم عن (٨٢) في المئة ، فاكثر ابناء العلاهى اعلاء بدناً وعقلاً ، مشوهون خلقاً دميمون جبلةً ، فرؤوسهم غير طبيعية الشكل ، ونموهم بطيء ومتأخر ، مفعمون بالاعراض العصبية ، كثيروا الرجفان والاختلاج والتشنج وما اشبه ، تظهر فيهم جميع انواع الجنون والاختلال العقلي على اختلاف فنونه ومنهم اعظم وارد للبيمارستانات واكثر رواد للسجون لانه يكثر فيهم انواع الجنون والميل الى الانتحار والاجرام والجناية والتعدي على الغير ايضاً . فالغول اذن بما له من التأثير السام في المجموع العصبي خاصة يكون فعله الوراثي في الاعقاب

خطراً جداً وهو وان كان لا يفني الاطفال عدداً كما تفعل الأدواء الزهرية فانه يفقدهم سلامة الأعصاب، فيجعلهم عالة على الامة تتعب باعالتهم والعناية بهم على غير جدوى او فائدة تذكر. فهو لذلك من اعظم معاول الخراب والتهديم التي تعمل على محق البشر، وافناء الاسر وزيادة البؤس والشقاء، وارزاح الامم بمصرف عظيم وخسارة جمة للعناية بتلك الثمرات الشاذة التي يخلفها العله للأمة ويثقل كاهل الامة بمصاريفها الباهظة، في سبيل ايواء اولئك البؤساء وتمريضهم وما يلزم لذلك، مع ماهنالك من الخسارة التي تنتج عن عدم فائدتهم انفسهم، التي لا تقدر بمال.

الوراثة : اهم ما تتجلى به وراثة العله في الانسان هي :

١ — التعطش للشراب : يلد ابن العلهان متعطشاً للشراب ولعاً به، لذلك لا يلبث ان يدمن الشرب، وسرعان ما يصير علهان، لعدم صبره على التعفف من جهة ولميل تليد فيه وحاجة في العناصر العصبية الى ذلك التأثير المخدر الذي لا تهدأ تلك الاعصاب الابه، بفعل الوراثة كما يقع لمدمني الافيون والمورفين والكوكائين وما اشبه.

٢ — اختلال الحركات واضطراب المجموع العصبي : لا جرم ان أعقاب العلهان مصابون بجميع انواع الاضطراب العصبي، ولا بدع في ذلك لان الغول سم عصبي، والخلايا العصبية هي اكثر خلايا البدن انفعالاً وتأثيراً من ضرره. وهل تكون الخلايا المنحدرة منها الا كذلك على الاقل ؟ وتكون هذه الاضطرابات في الحس والحركة، بدناً ونفساً اي كما ان الحس البدني في اولئك يكون غير سليم فالحس الأدبي كذلك غير نظامي ولا مضطرد

فكما انه يكون في اولئك اعظم مجال لتلك العلل العصبية الخاصة (التي ليس فيها انفعال محسوس في المجموع العصبي) كاختناق الرحم والتشنجات الطفلية التي تنشأ من اتفه الاسباب ، وبعض الصرعات(*) والضعف العصبي (نوراستنيا) وما شابه ، والتي يعد العله في الاسباب العامة لحصولها ، يكون كذلك فيهم اعظم الاضطرابات النفسية والادبية من قتل واجرام وتعد على الآداب وتصد لارتكاب انواع الجنايات والقباحات وغير ذلك .

٣ — آفات الاعصاب : لا يخفى ان ضرر العله لا يقف على الآثار الحسية في الاعصاب فحسب بل يتناول الجهة المادية ايضاً فكما انه يكون سبباً في تلك الاضطرابات العصبية البحتة يمكن ان يكون سبباً في اصابة الاعصاب بآفات مادية ، لذلك ليس بدعاً ان يكون العله سبباً في جميع انواع التشوه والمسخ والقزم ، وما شابه من ضروب الاستحالات المختلفة كصغر الرأس واستسقاء الرأس ، وانواع الصرع ، والجذب والعته وما اشبه وانه ليقدر ان (٥٠) في المئة من المجاذيب والمعتوهين هم من ثمرة العله ، وكذلك تكون العلل الولادية التي هي من اعظم الاسباب في العقم وانقطاع النسل ، كثيرة في اعقاب العلاهي . وحبذا ذلك ارحمة بالامة المبتلاة بكثرة العلاهي فيكفيها بلاؤها بهم ولا لزوم لزيادة الطين بلة بابتلائها باعقابهم الذين يكون جلهم عالة عليها كما سبق ذكره . (للبحث صلة)

❀❀❀

(*) سوف نبحث عن ذلك على ضوء الآراء الحديثة

جاءتنا من الرصيفة « العرفان »
النشرة التالية طالبة منا درجها
في مجلتنا

تأخر الجزء الرابع من العرفان عن الصدور في ميعاده لموانع قاهرة ولأنه سيصدر قريباً جزءاً مزدوجاً « الرابع والخامس » وكل مباحثه عن مصر ما عدا الأبواب فان بعضها لا علاقة له بمصر وسيكون هذا الجزء المزدوج من أروع ما تصدره المطبعة العربية طبعاً وورقاً ورسوماً ومواضيع لمشاهير العلماء والكتاب ففيه مصر في التاريخ لصاحب العرفان والتشيع في مصر للمجتهد الاكبر السيد محسن الأمين ومصر واسطة عقد الشرق لأمير البيان الأمير شكيب ارسلان ومخترع الرقاص منجم مصري للاستاذ قدري حافظ طوقان من اشهر كتاب فلسطين والقطران الشقيقان للاستاذ عيسى المعلوف البحاثة اللبناني الشهير وعضو المجامع العلمية والجامعة المصرية بقلم الدكتور اسحق موسى الحسيني الكاتب الفلسطيني المعروف ومصر دار الاديب للدكتور زكي مبارك الكاتب المصري الشهير ومفتش المعارف وسيادة مصر في العالم العربي للاستاذ خليل جمعة الطوال من اشهر كتاب شرق الاردن ومصر والوحدة العربية للاستاذ حسان ابو رحال مفتش اللغة العربية في مصر ومن الكتاب المعروفين وماذا اكتب عن مصر للعلامة الشيخ سليمان ظاهر الاديب العاملي الكبير والمطبوعات المصرية للأب انستاس الكرملي البحاثة العراقي الشهير ونشاط الشباب المصري في عشرين سنة للاستاذ حافظ محمود رئيس تحرير السياسة الاسبوعية واسماعيل باشا

خديوي مصر بقلم الامير نسيب شهاب الكاتب المؤرخ اللبناني المعروف وفضل مصر على الطب للدكتور شريف عسيران الكاتب الصيداوي المعروف والطبيب المتعرق اللامع والمجتمع المصري للاستاذ اديب التقي الكاتب الدمشقي الشهير وزعامة مصر الادبية للسيدة وداد سكاكيني الكاتبة الصيداوية الدمشقية الشهيرة وعشرة ايام في وادي النيل بقلم الاستاذ حليم دموس الشاعر الكاتب المعروف وقران مصر وإيران وهي قصيدة للسيد حسين الكاشاني من علماء وادباء طهران المعروفين ومصر والزعامة الادبية للشيخ محمد شرارة الكاتب العاملي الشهير ومن اساتذة اللغة العربية في مدارس العراق وعصر ابن هاني للسيد حسن الامين المحامي والكاتب العاملي المعروف ومن مدرسي الادب العربي في المدارس العراقية الى غير ذلك من المواضيع هذا عدا ما في الابواب من الروائع وكل ذلك ينسي قراء العرفان الكرام التأخير الذي حصل عن غير قصد ويحسبون انهم يقرأون عدداً صادراً عن مصر المليئة بروائعها وبدائعها ، لا عن صيداء الفقيرة في عصرها الحاضر مع ما لها من المجد الغابر .

❀❀❀

الجزء ٣ المجلد ١٤

مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في تموز سنة ١٩٣٩ م . الموافق لجمادى الاولى سنة ١٣٥٨ هـ .

الجمعية الطبية الجراحية بدمشق

جلسة الثلاثاء في ١٣حزيران سنة ١٩٣٩

قرئت فيها التقارير التالية :

١ — العليم شوكت موفق الشطي — بيلة كلسية سببها افراط تناول الحيوين د(D)

هي مشاهدة طفلة لها من العمر ستة اشهر اعطيت مستحضر الاوستومالت الغني بالحيوينات (ا ، ب ، ج ، د) فنتجت عن ذلك بيلة كلسية يعزوها كاتب المشاهدة الى الحيوين (د) دون غيره لان الحيوين المذكور يزيد كاس الدم وازدياد الكاس يؤدي احياناً الى البيلة الكلسية . ويستنتج المؤلف من هذا كله ان الحيوين (د) يجب ان يعدّ علاجاً فعالاً وان يحذر منه كما يحذر من غيره من الادوية الفعالة وان مراقبة الرضع الخاضعين للمعالجة بالفيتامين (D) واجبة لان مقداره يختلف من شخص الى آخر كما اثبت ذلك رونوماتيو . ويقول المؤلف اخيراً ان البيلة الكلسية قد تكون

علامة منذرة يجدر البحث عنها لان كشفها يقي الطفل داء الافراط في الحيوين (د) .

المناقشة : العلماء حسني سبح ، شابو ، شوكت موفق الشطي .

العليم اسعد الحكيم — هذيان الغيرة، قتل، تبدد نفساني، مداواة بالكارديازول، شفاء:
مشاهدة رجل عمره ٣٥ سنة اخذت طباعه تتغير في نيسان ١٩٣٨ وساورته الشكوك والقلق وانتابته افكار قتل وانتحار كانت نتيجتها ان قتل زوجته خنقاً في ٢٤ تموز ١٩٣٨ ، وقد ادخل مستشفى ابن سينا في ٢ آب ١٩٣٨ حيث عولج بحقن الكارديازول مرتين في الاسبوع فتحسنت حالته منذ الحقنة السادسة وبعد الحقنة العشرين استعاد اعتداله التام وخرج من المستشفى معافى .

٣ — العليم شابو — كيف ينظرون اليوم الى كيسات اقراص الركبة: جندي تونسي دخل مستشفى فيريزيه بدمشق مصاباً بكيسة القرص الهلالي الوحشي استؤصلت كيسته ١٧ شباط ١٩٣٩ فتفاعل مفصله بعد العملية غير ان هذا التفاعل زال بالتثبيت في جهاز جبسي وترك المريض المستشفى في ١٥ آذار ١٩٣٩ معافىً .

المناقشة: العليمان لانويه ، شابو م . خ .

❀❀❀

بيلة كلسية في الاكثار من الحيوين (د)

للعليم شوكة موفق الشطي

لما كان الارضاع الاصطناعي من اهم اسباب الاضطرابات الصحية في الطفولة الاولى لقلة الحيوينات فيه فقد نصح اكثر اختصاصيي امراض الاطفال التعويض عن نقص الحيوين (الفيتامين) باعطاء الاطفال اعتباراً من الشهر الثالث حيوينات باشكال مختلفة (عصير الفواكه ، زيت السمك، الارغسترول المشمع ، ومستحضرات اخرى غنية بالحيوينات . وهذا ما دعا والد الطفلة م . المغذاة بالارضاع الاصطناعي والتي كانت حالتها الصحية حسنة جداً الى تجريعها عصير الفواكه ملافاةً لنقص الحيوين .

وبما ان الجسم يحتاج ابان الاسنان الى كمية كبيرة من ملاح الكلس ومن الوسائل المثبتة لها لذلك اضيفت الى غذاء الطفلة جرعة من مستحضر غني بالحيوينات أ ، ب ، ج ، د (ostomalt). يعطى عادة في الطفولة الاولى من المستحضر المذكور مقدار يختلف من $\frac{1}{4}$ الى $\frac{1}{2}$ ملعقة شاي. وقد اعطيت الجرعة المذكورة يومياً وربما زيدت قليلاً . فلم يمض على تجريع المقدار المذكور من المستحضر المبحوث عنه اكثر من ثلاثة ايام حتى افادت المشرفة على العناية بنظافة الطفلة ان بولها عاد لبنياً وقد لوحظ حقاً ان منظر البول اصبح لبنياً (*) وقد رسبت بعض اقسامه فوق الخرقة كانها كتيلات كلس

(*) البيلة الكلسية : كتاب امراض الغدد الصم (سنتون ، بروها ، سيمونه) سنة ١٩٣٨ ص ٢٨٦

صغيرة . ولم تبد الطفلة اضطراباً غير هذا فحذف العلاج وتلا ذلك زوال الاضطراب البولي .

لقد كان بين البيلة الكلسية (المصطحبة بالبيلة الفوسفاتية) وتجريع المستحضر الغني بالحيوينات في هذه الطفلة صلةٌ اكيدة بحيث لا يستطاع ايضاح البيلة الكلسية الا بافراط الحيوينات ولا يمكن اتهام غير الحيوين د بين الحيوينات الموجودة في المستحضر لان للحيوين المذكور شأناً كبيراً في التوازن الكلسي الفوصفوري ولانه يرفع مقدار الكلس والفوسفور في الدم (١) . على ان ازدياد كلس الدم بالحيوين د والمواد المحتوية عليه امر مخبور وقد بين هيس و بنجامان و كروس ان ازدياد الكلس في الدم يقع حتى في الحيوان المحروم من الكلس (٢)

وقد تنتج من الاكثار في تناول الحيوين حوادث اشد وطأة من هذه اذ استطاع غراي (Gray) ان يحدث في بعض الحيوانات داء الرمال بتغذيتها بمواد غنية بالحيوين د

وقد بحث في هذا الموضوع رونه هازار (٣) وبيّن ان المقادير الكبرى من الحيوين د تولد في الحيوانات المختبر بها تكلسات مختلفة خاصة في الكلى والشرايين وتحدث حصى كلسية في المجاري البولية .

يتضح مما تقدم ان الافراط في الحيوين د وازدياد الكلس الدموي حادثان توأمان احياناً وان داء الرمال الكلوي كثيراً ما ينتج عن الاضطراب

(١) مارفان — مجلة العالم الطبي بحث فيتامين D ص ٨٠٣
(٢) مارفان مجلة العالم الطبي بحث فيتامين د (ص ٨٠٩)
(٣) جريدة الطباعة الطبية صفحة ٤٤ رقم ٢٤ سنة ١٩٣٨

الكلسي وازدياد الـكلس [1] الدموي وان ذلك يبدو بقولنج كلوي او بتصور حصى في الحويضة . ويقول كوينك (Gouinck) وهومبرجر (Humberger) وسنتون (Sainton) ان الحيو ن د قد يولد تـكلسات في ملء الـكلية نفسها [2]

ويذكر مارفان (Marfan) في عداد محاذير الارغسترول المشعع وازدياد الـكلس الدموي بسببه تصور ترسبات كلسية في احشاء مختلفة ولا سيما في الوتين والـكليتين .

ويقول فريزلاكر (Frizlaquer) في بحثه عن الحيو ينات ان الارغستورول المشعع يحوي عاملاً مـكلساً ، يستطاع تعيين مقداره باجراء الاختبار في الحيوان وخاصة في الفئران وان المقدار المذكور يعبر عنه بوحدة مكلسة . (unité calcinogène)

وتلخيصاً لما اوردت اذكر النتائج الآتية :

١ً ـ ان افراط البيلة الـكلسية التي شوهدت في الطفلة م . ناتجة عن كثرة الحيو ن د

٢ً ـ ان البيلة الـكلسية في الطفل المـكثر من تناول الحيو ن د قد تكون علامة منذرة يجب البحث عنها لاتقاء داء الافراط في الحيو ن د وما يصحبه من اعراض .

---

(١) الجزء العاشر ص٣ P.M ، مارتينه الصفحة ١٢٨ من كتاب المداواة السريرية المطبوع سنة ١٩٢٣

(٢) كتاب الغدد الصم لمؤلفيه Sainton ، Simonet ، Brouha الصفحة ٢٢٦

٣ً ـ ان الافراط في الحيوين د يزيد كلس الدم ويولد داء الرمال .

٤ً ـ ان الحيوين د والمستحضرات الغنية به ادوية يجب استعمالها بحذر كما يحذر من اكثر الادوية الفعالة .

٥ً ـ ان حاجة الاشخاص الى الحيوين د مختلفة وانفعالهم منه مختلف ايضاً وهذا ما يقوله رونوماتيو في بحثه عن الحيوين د في الموسوعة الطبية الحديثة (١)

المناقشة ـ العليم حسني سبح : اني اسأل حضرة الزميل عما اذا كان قد قيس مقدار كلس الدم في مريضته ، لان هنالك فرقاً بيناً بين فرط كلس الدم وبين البيلة الكلسية ، فالاول يجوز حدوثه بفرط الفيتامين والثانية ذات صلة وثيقة بفعل البول ونقص الحموضة منه خاصة .

وبما ان المادة اوستومالت المستعملة للرضيع تحوي طبعاً مقداراً غير قليل من مركبات الفوسفات ، فقد تحدث هذه البيلة الكلسية بطرح الفوسفات من البول بكثرة وبتأثيرها في فعل البول . ويصح ما ذهب اليه لو كان ما استعمل هو الحيوين د الصرف .

وان عوارض فرط الحيوينات الاختباري في الحيوان من الامور الشائعة وهي نادرة في الانسان مع استمرار استعمال الحيوين في المعالجة الجراحية السلية في كثير من الحالات . لان الحيوين د من شأنه ان يثبت الكلسيوم في العظام وفي سائر الاحشاء ولا اظنه يؤدي الى فرط افراغ الكلس بالبول.

العليم شوكت موفق الشطي : جواباً عن اسئلة الزميل الفاضل اقول ان مقدار الكلس في الدم لم يبحث عنه كما انه حكم على طبيعة البيلة الكلسية

(١) الموسوعة الطبية الجراحية رقم ٤٠٤١٣ الصفحة ٨

استناداً الى علامات البيلة المذكورة التي عدها المؤلفون واسمة وما سبب ذلك الا ما بينته لكم في متن مشاهدتي وهو ان البيلة الكلسية المذكورة ما كادت تظهر في البول حتى اختفت اثر حذف العلاج المحتوي على الحيوين د فلم يستطع والحالة هذه البحث عنها كيميائياً واما قول الزميل الكريم ان البيلة المذكورة قد تكون فوسفاتية لان مستحضر الاوستومالت غني بالفوسفات ايضاً ففيه ما يؤيد دعواي اذ انني بينت ان الحيوين د يؤثر في التوازن الكلسي الفوسفوري وما البيلة الفوسفاتية الا بيلة فوسفاتية كلسية اما قول زميلنا ان الحصى الكلسية لا تظهر الا في وسط قلوي فهو قول مسلم به ولكنه لا يوافق جميع انواع الحصى الكلسية كما هو معروف ومقرر بل يوافق بعضها واما الحصى الكلسية الاخرى فما زال امر تكونها غامضاً وها قد بينا ان الافراط في الحيوين د قد يكون من دواعي ظهورها احياناً .

وجواباً عن القول ان الافراط في الحيوين د مولد للحصى الكلسية في الحيوانات المختبر بها وان ذلك لم يثبت في الانسان اقول انني نقلت بعض اقوال غراي ومارفان وغيرهما وقد رأى هؤلاء المؤلفون التوضعات الكلسية اثر الافراط في تناول الحيوين د في الانسان وليس في الحيوان كما يتضح مما هو مثبت في مشاهدتي واخيراً لا بد من التمييز بين تزييد كلس الدم وتثبيت الكلس في الاعضاء فالعمل الاول يتم بالحيوين د واما العمل الثاني فيقوم بالحيوين C . كما انه جواباً عن استفسار الزميل لا بد لي من القول ان ازدياد الكلس الدموي يؤدي احياناً الى البيلة الكلسية كما بين ذلك

سنتون وزملاؤه في كتابهم الحديث عن الغدد الصم . لذلك كله ارى ان البيلة التي ظهرت في الطفلة كانت بيلة كلسية وان سببها الافراط في الحيوين د

العليم شابو : انني اؤيد ما جاء في مشاهدة الزميل الشطي وقد ثبت حدوث التكلسات المختلفة في الاعضاء اثر الافراط في استعمال الحيوين د وشوهد ذلك في الانسان ايضاً وقد يكون سبب ذلك السموم التي تتكون اثر عرض الارغسترول على الاشعة البنفسجية كما قال بذلك كثير من المؤلفين

العليم الشطي : نعم لقد قيل ان الترسبات الكلسية تنتج من السموم التي تكلم عنها الزميل غير انهم توصلوا اخيراً الى استحضار الكالسيفرول وهو مستحضر خالٍ من السموم على ما يقولون وقد نتجت عن استعماله ايضاً الترسبات الكلسية في الاعضاء المختلفة .

❀❀❀

هذيان الغيرة . قتل . تبدد نفساني

مداواة بالكارديازول . شفاء

للعليم اسعد الحكيم رئيس مستشفى ابن سينا

جورج . . . . عمره ٣٥ سنة . قوي البدن . متزوج منذ ٦ سنوات . له اربعة اولاد . ليس في سوابقه الشخصية والوراثية ما يستوجب الذكر. موظف : سائق سيارة في احدى المؤسسات العسكرية . حذر الخلق . عاش بوئام مع اخويه المتزوجين ووالدته في بيت واحد حتى نيسان ١٩٣٨ . اخذت طباعه بالتغير منذ هذا التاريخ : انقباض . كدورة . قلق . انفصل عن اخويه واخذ يسعى الى الانتقال الى بلد آخر. ارسل الى معرة النعمان شعر بارتياح نفساني زمناً ثم عاوده القلق . اخذت تخامره شكوك بسلوك زوجته : تهمل شؤونه . لا تحبه . تغازل احد رؤسائه .

تأويلات هذيانية . جعل مغزى للالفاظ . شعور بالخزي . لم يعد يطيق الحياة في المعرة. عاد في ٢٠ حزيران السنة ٩٣٨ مع عائلته مأذوناً الى بيت اخوته . هنا اخذت شكوكه تتحول الى حقائق. شاهد بعينه زوجته تتكلم مع جاره الشاب . تحبه ، إشارات . مواعيد. خيانة . فكرة الانتقام. اظلمت الدنيا في عيني جورج . بات منقبضا. مضطربا . مختلط الذهن . لفت هذا التغير نظر اخويه فدعيا الطبيب الى زيارته في داره. وقف الطبيب بعد محادثة

طويلة وفحص دقيق على حالة نفسية متشوشة مع سورة هذيانية وافكار قتل وانتحار ثابتة . فقرر في الحال وجوب تجريده في مستشفى خاص بالامراض العقلية وحقنه بحبابة مورفين.لم يرق للاسرة هذا القرار . لا سيما ان حالة المريض خمدت بعد حقن المورفين وظهر عليه التحسن. إطرد هذا التحسن بعد ذلك يوماً فيوماً . ولكنه لم يكن حقيقياً. ففي ٢٤ تموز السنة ٩٣٨ بعد ان تناول جورج طعام الغداء مع اخوته ووالدته وزوجته طلب الى زوجته مرافقته لغرفته للقيلولة . وعندما اضطجعت على سريرها اعتلى صدرها ووضع اصابعه في عنقها وقضى عليها خنقاً دون ان تنبس ببنت شفة . ثم غادر الغرفة الى الطريق حيث اعلن فعلته على المارة واستسلم للقضاء .

اثبت الفحص الطبي في السجن انه مصاب بسورة هذيانية . وانه غير نادم على قتله زوجته قائلاً انه الهم بذلك من عندالله وانه يريد القضاء على اخيه الصغير .

عُد جورج غير مسؤول واعطي تقريراً بوجوب نقله لمستشفى الامراض العقلية فارسل في ٢ آب السنة ٩٣٨ الى مستشفى ابن سينا

شوهد جورج عند دخوله المستشفى مصاباً بحالة اختلاط ذهني وخمود وباحتداد ليلي ترافقه تخيلات بصرية وتأويلات خاطئة واهلاس سمعية واحياناً بافكار هذيانية اضطهادية والهية مع اندفاع خطر مفاجيء . وتخلل ذلك فترات صحو قصيرة .

لم يبد فحص الجسم السريري والمخبري تغيرات مرضية تسترعي الاهتمام عمل له خراج صنعي وعولج بمسكنات الاعصاب والمعدلات والحمية

المنقية . وذلك مدة شهرين اخذت فيهما حالة الاختلاط تتبدل بحالة انفعال تبددي نفساني: عدم الاكتراث . انجذاب. حركات ترتيبية . كشف العورة .

في ١٧ تشرين الاول السنة ٩٣٨ عولج بحقن الكارديازول مرتين في الاسبوع فلم يبد ممانعة لها . ولم تأت الحقنة السادسة حتى بدا في حالة المريض الانفعالية والعقلية تحسن واضح : فقد احذ جورج يكترث بالحوائق ويعاون الممرضين في خدمات المستشفى ويعنى بنظافته ويذكر اولاده . ولما بلغت الحقن العشرين اصبح جورج في حالة الاعتدال التام اللهم الا لزوجة خفيفة في الافعال العقلية ظلت باقية . وقد اخذ يلح بطلب الخروج من المستشفى لاعالة اولاده وظهر عليه النشاط في العمل والحنو والحب نحو اولاده واخوته ووالدته والشعور بحالته وبانه جان . غير ان عقيدته بسوء سلوك زوجته ومشروعية عمله لم تتبدل .

ظل جورج في المستشفى يقوم فيه بجميع ما يستطيع من الخدمة بكل اخلاص حتى ٢ شباط السنة ٩٣٩ حيث تعهد ذووه لدى السلطات الحكومية ذات العلاقة بانهم تحملون مسؤولية ما قد ينجم عن خروجه من اذى ، فسلم اليهم . وهو منذ ذلك العهد مطلق يعمل في احد مصانع السيارات متمتع بصحة نفسية تامة . ان هذه المشاهدة تؤيد كثيلاتها التي نشرت في هذا الصدد منافع الكارديازول في مداواة الانجذاب عندما يستعمل في بدء المرض .

❀❀❀

كيف ينظرون اليوم الى كيسات اقراص الركبة

العليم شابو — جراح المستشفيات العسكرية

ترجمة العليم عزة مريدن

التونسي هـ . دخل المستشفى في ١٠ شباط السنة ١٩٣٩، وكان تشخيص مرضه خلع القرص الوحشي الايسر .

رأينا في حذاء الخط المفصلي، وامام الرباط الجانبي الوحشي، ورماً مدوراً بانتظام، متوتراً، يستطاع نهزه، ويبلغ حجمه حجم الجوزة عالقاً بالسطوح العميقة، ومستقلاً عن السطح الظاهر، يتبع حركات القرص، اي يبرز بشدة في الانبساط ويدخل من خلال المفصل تباعاً في العطف التدريجي حتى درجة الزاوية القائمة، ويبرز ثانية بروزاً خفيفاً في العطف الشديد .

سقط الجريح على ركبته منذ ثلاثة ايام، ولم يحمله على استشارة الطبيب سوى الاعراض الوظيفية . الركبة المريضة احر من السالمة وصدمة داغصتها خفيفة، الغشاء الآحي متكثف قليلاً، الحركات المفصلية طبيعية . وليس في المفصل حركات جانبية . شخصنا ان المريض مصاب بكيسة القرص الوحشي كيف لا والاعراض بيانية ولا تلتبس هذه الكيسة الا بالكيسة الآحية

خدرت المريض في ١٧ - ٢ - ٣٩ تخديراً قطنياً، وشققت شق (دوجاريه بران) فكانت الكيسة ملتصقة بشدة في قاعدة القرص التي تحيط المحفظة بها، وقد نمت هذه الكيسة في العالي بين المحفظة والوجه الوحشي من لقمة

الفخذ ، ودفعت الى الوراء ،في الوقت نفسه،وتجاً من الرباط الجانبي الوحشي .

الغشاء الآحي الذي يدفعه الورم الملتصق ، في عدة نواحٍ ، متكثف ومحمر ، تبدو عليه علامات التفاعل وفيه انصباب مصلي خفيف . استؤصل القرص الذي يؤلف دائرة تامة على دفعتين في الاولى الثلثان الوحشيان مع الكيسة ، وفي الثانية الثلث الانسي المؤلف من القرنين الامامي والخلفي الملتصقين .

سلخنا بالمبضع ما بين المحفظه والكيسة عموداً على الطبق الظنبوبي ولم نقطع الرباط الجانبي الوحشي ،

بدا في الجريح بعد ذلك تفاعل آحي ذو شأن خضع للتثبيت في الجبس طيلة شهر كامل، وللتخضيب الموضعي بالبركائين ، وخرج الجريح معافى بلا ضمور في عضلاته ، حركاته المفصلية طبيعية ، في ١٥ اذار الماضي .

حضر الاستاذ لوسركل ورأى القطعة الجراحية بعد العملية بايام ، فلم يستطع تمييز الحدود بين القرص والورم الذي بدت فيه بعد قطعه اجواف كيسية عديدة يظهر ان بعضها كان نامياً في القرص نفسه مع انه كان طبيعي المنظر لو لا بعض التكثف فيه . وقد كنت في غنى عن رفع هذه المشاهدة اليكم لو لا معرفتي ان هذه الكيسات نادرة في دمشق على ما يظهر .

ولكي اقدم لكم مشاهدة تامة قسمت القطعة قسمين وارسلت النصف الواحد الى المعهد الاميركي في بيروت ، والنصف الثاني الى المعهد الفرنسي وسألتهما ما يأتي :

١ — هل الورم كيسة أم كيسة موهمة

٢ – هل القرص الخارج عن الكيسة طبيعي ؟

٣ - ما هو الحد بين الكيسة والقرص ؟

فتلقيت الاجوبة التالية :

المعهد الاميركي : تتألف عناصر الخزعة من كتل نخرة ، ونسيج ضام وبعض اجواف يحدها نوع من البطانة وتملأها كتل مكبية كالخيطان (آحية) وكثير من الاوعية الصغيرة الدموية .

ونأسف اذا قلنا ان هذه المدلولات لا تسمح بوضع تشخيص ما ولا نستطيع الاجابة عن اسئلتكم .

المعهد الفرنسي : ان التنشوءات الكيسية عديدة ، وتتألف من نوع من الاستحالة المتناولة للسطوح الضامة بآلية تشبه ما وصفوه في كيسات المعصم الآحية .

وعدا ذلك تشاهد سطوح ذات منظر غضروفي مع استحالة نحو المنظر الوتري وهذا ما يوافق كل الموافقة ما تبقى من القرص وتتصل السطوح بالنسج الضامة المتفاعلة تفاعلًا التهابياً وتصلبياً ، والتي تتولد فيها الاستحالة الكيسية التي ذكرناها . ويمكن من حيث الظاهر تفسير هذه المناظر بـ :

١ – تبدل القرص مع تنشوءات جديدة ضامة .

٢ - استحالة كيسية في هذا النسيج الناشيء .

. . . .

ليست الآفة نادرة لان ما يقرب من مائتي حادثة نشرت في المجلات ولا بد ان يكون عدد كبير من امثالها لم ينتبه اليه السريريون ، لان كثيراً

من هذه الآفات لا يرى الا بالمجهر ، كما ان كثيراً منها كبير الحجم كما في المشاهدة التي قدمها (صوردل) للمحفل الجراحي ، حيث كانت الكيسة فيها تتعدى الرباط الداغصي في الجانبين .

وتجمع الآراء تقريباً على القول ان هذه الكيسات ليست كلها كيسات حقيقية بل كيسات موهمة اجوافها مغطاة بخلايا تشبه خلايا البطانة وتنجم عن استحالة غرائية .

ان النظرية الولادية التي وضعها (البونشاف) تتعاكس مع النظرية الفرنسية التي تشبّه حوادث تنشوء كيسات الاقراص بحوادث (لوتول وبازي) التي وصفاها في كيسات المعصم .

ويلعب الرض دوراً هاماً ، فقد ظهر ان هذه الآفات تكاد تنتخب النسج الضامة الخاضعة لحركات لا تفتر ، ويعتقد (ماندل) ان القرص الوحشي المتحرك كفاية ، ليس عرضة للرضوض الكبيرة التي تستطيع كسره ، ولكن الرضوض الصغيرة المتكررة التي تطرأ عليه ، قد تجره الى الاستحالة الكيسية ، وهذا هو سبب اصابته في ٨٥ — ٩٠ ٪ من الحوادث وفي تفضيل الاصابة لقسمه الامامي التي سببها ، كما يعتقد (فولياسون) ، ان قسمه الخلفي يقيه الرباط الجانبي الوحشي ، ووتر ذات الرأسين ، والمأبضية ، ويضاف الى هذا السبب الموضع الاستعداد العام .

ولقد كنت افكر قبل عشر سنوات ان الأمر ناجم عن حالة حكمية مرضية تالية لانفتال الغضروف نحو الباطن ، فالقرص المتوسط الذي تتولد منه مضغياً ، مختلف الاقسام المفصلية ، يسير قسمه المركزي الى الزوال مكوناً

الجوف المفصلي والغشاء الآحي .

وليست الغضاريف الهلالية سوى اقسام القرص التي نجت من الاستحالة المخاطية وتحولت غضروفاً ليفياً، واستقرت في موضع خاضع لشروط آلية هي: الاحتكاك المختلط ببعض الانضغاط ، فالقرص الوحشي الاكثر حركة والذي يتلقى ضغطاً اقل من القرص الانسي اكثر تعرضاً للاستحالة الكيسية

ويحسن ان نلاحظ بهذه المناسبة ان الغضاريف الليفية ولا سيما الوحشي منها اقل نمواً في الشيخ منها في الجنين .

وليس في التشخيص كما ذكرت آنفاً شيء من الصعوبة . بل انه يثبت بالاستناد الى العلامات المرئية . واضطرابات الوظيفة المختلفة الدرجات .

اما حادثتنا فقد كانت نموذجية ، ولكن غيرها لا يخلو من الصعوبة : بمقرها البعيد عن الخط المفصلي ، وبحركها على السطوح العميقة ، وعدم مرافقتها لحركات القرص ، كل هذا يجعل حولها جواً من الغموض .

ولا حاجة الى الكلام هنا عن الاورام الصلبة كما في حوادث (مول) و (بياري) و (غيناو) النادرة التي لا تكشفها الا العمليات. واما من الوجهة العملية فاني استعمل دائماً طريقة (برين) و (دوجاريه) قطع الرباط معها ام لم يقطع، فبها يستطاع الوصول الى الغاية فضلاً عن ان تحويلها بسهولة الى طريقة (باركر) مستطاع اذا احوج الامر الى استقصاء اتم في المفصل . (وانوه ان هذه هي الطريقة الوحدة التي استطمت ان انزع بها من غير صعوبة قرصين لاحد الضباط) .

ويكتفي بعض المؤلفين بنزع جزء قليل من القسم الوحشي للقرص الذي

ترتكز عليه الكيسة. واني انزع القرص جميعه جرياً على طريقة معظم المؤلفين الفرنسيين متى استطيع ذلك، وهي عملية لا تؤذي وظيفة الركبة مطلقاً وتحول دون النكس، ودون العوارض التي قد تنشأ عن القطعة الباقية.

اما توابع العملية فكثيرة الاختلاف. وهي تتعلق بالتهاب المفصل الرضي التفاعلي، فاذا لم يترافق الورم بالتهاب الجوار كما هي الحال في الغالب فالسير بسيط والنهاية حسنة، اما اذا حدث، على العكس، التهاب جوار القرص وكثف الغشاء الآحي، او ادى اخراج الكيس الى نزف غزير، فالمريض لا يستعيد الا ببطء شديد وظيفة مفصله.

ولهذا فاني اعلق شأناً كبيراً على العناية قبل العملية، وعلى الاستطباب في حينه، ويجب ابقاء الجريح في سريره ما زالت حرارة الركبة الموضعية عالية، ولا يحق لنا ان نتكهن عن حسن النتائج الباهرة لعملية خزع الاقراص الا متى عرفنا ان نتذرع بالصبر.

❀❀❀

الـكحول وساحة العملية

للعليم لوسركل (دمشق)

ترجمة العليم محمد وحيد الصواف

لقد بينت فيما مضى الاسباب التي حدت بي الى نبذ صبغة اليود في تحضير ساحة العملية وكيف انني استبدلتها بالـكحول ذي الدرجة ٩٥° .

واذا كنت اعود الى هذا الموضوع الآن فلأني شاهدت اثناء تجوالي في مستشفيات بلاد مختلفة طرائق عديدة تحضر بها ساحه العملية : كالغسل بالصابون والتنظيف من الشحوم ، والطلي ، واستعمال المخاليط ذات الالوان المختلفة طبقة واحدة او طبقات ولم ارَ أبداً من يستعمل الكحول الصرف ذا الدرجة ٩٥ كما يستعملونه في شعبتي منذ تسع سنين بدون تذمر او شكوى وأرى بهذه المناسبة ان اذكر ان كثيراً من الجرحى أوذي ندبهم كما ان كثيراً من الجراحين تضايقوا في توسطاتهم من الطلي بصبغة اليود المتبدلة او الوافرة كما يستعملها بعض من الاطباء « المغالين » الذين يريدون الـكمال في عملهم : اما الـكحول فتأثيره احسن .

فانا استعمل الـكحول ذا الدرجة ٩٥° كما يستعملون صبغة اليود طلياً قبل الشق وبدون اي تحضير آخر للناحية .

ولا يعني هذا انني اثق بالقوة المبيدة للجراثيم التي يتصف بها الـكحول الذي اشار به بابان قبلي بل يظهر ان المخبر يعدّ الكحول اليوم كأحسن

عامل كيمياوي لتطهير الايدي فلماذا لا يكون شأنه كذلك في تحضير ساحة العملية ايضاً ؟

واني اعتقد ايضاً بالقوة المبيدة للجراثيم التي تتصف بها اجهزة الدفاع في البدن الحي والتي يجب ألا نضعفها . ولبيان ذلك اجريت بصورة متوالية عدداً من العمليات يبلغ المائة (فصلتها في بحث آخر) ولم اختر الاشخاص بل بضعتهم بحسب دخولهم بدون تحضير ما سوى اغتسال المريض قبل دخوله المستشفى اذا كانت حالته تسمح بذلك فلم اجد ادنى صعوبة في الترميم .

نعم ان حبنا للنظافة لا يسلم بمثل هذه الطريقة وكثير من الجلود يتطلب التنظيف فيكفي الكحول في ذلك فهل يعمل كمذيب للشحوم ام كمثبت للجراثيم طيلة الوقت الكافي للشق ولكسو الجرح وهل هو مبيد حقيقة لبعض الجراثيم الضعيفة ؟ مالنا وللنظريات التي ليست واحدة منها صحيحة على ما يرجح بل تكفينا الوقائع

واني متأكد ان الكحول لا يرض المضرعة(ابيتاليوم) كما تفعل صبغة اليود اياً كان عمر المريض او جنسه واية كانت ناحية العملية أو كمية الكحول المصبوبة عليها . واستعماله اقل خطراً من العطر (essence) او الاثير .

ويهمنا بعد ذلك سواء استعملناه او استعملنا اي خليط آخر الباس الجرح بعد الشق وصونه من العدو الخارجي ومن العدو الداخلي الذي لا يمكننا ان نأمل في قتله بالوسائل التي نستعملها اليوم. ثم على الجراح بعد ذلك ان يحترم وسائل الدفاع الطبيعية للأنسجة وان لا يوقظ بشقه حمة الجراثيم العاطلة حتى الآن وبالاختصار ان يبضع مريضه وفقاً للقوانين الباستورية المتبعة

التي اخذناها عن اساتذتنا وهنا السر في الامر . واذا بقي بعد اغلاق الجرح ما يجب عمله بازاء الجراثيم التي دفنت فيه فان الكريات البيض كما نعلم تقوم بهذه الوظيفة .

وبما اني اجتهدت ان احقق هذه الشروط بأحسن حال اقدر ان اضع امام نتائج الخبر المتباينة في الغالب ، نتائج ثابتة لتجربة طويلة في قاعة العمليات وتبلغ هذه النتائج عداً ٥١٠٠ عملية كبيرة و ٧٨٠٠ عملية صغيرة مسجلة في الدفاتر (يضاف اليها ما لم يسجل) اندملت جميعها بدون ادنى انزعاج في الترميم يستطاع اتهام الطريقة به : وتدخل في هذا العدد جميع التخديرات القطنية طبعاً .

ويضاف الى هذه الاعداد توسطاتي الجراحية في دور الصحة التي لم احصها والتوسطات التي تفضل زملائي اطباء المنطقة التي اعمل فيها وبعثوا الي بها في اثناء اقامتي في فرنسة . وقد تمكنت من اقناعهم بدورهم بعدم فائدة صبغة اليود وبضررها احياناً .

واني اعلم ايضاً ان في فرنسة جراحين آخرين كتبوا الي انهم جربوا طريقتي هذه وانهم سروا منها تماماً .

كما ان مساعدي القدماء الذين ذهبوا الى سورية والعراق والحجاز لم يتركوا على ما اعلم الطريقة التي اخذوها في شعبتي والتي اعتادوها ومارسوها . وترك صبغة اليود حسن بل واجب في بلاد الشرق ولا سيما في الصيف اذ يعرق الجلد ويتعطن تحت الضماد الكثيف وقد يتخرش ويتنفط ويتقيح

هذه هي الوقائع التي اردت ان ادعم بها هذه المذكرة لكي اؤكد من جديد حسن الطلي بالكحول على بساطته .

فعل برو بيو نات التيستو ستار ون في الثديّ

المؤلمة وفي الاورام الليفية

ترجمة العليم محمد وحيد الصواف

ان اسباب الثديّ المؤلمة عديدة فقد يزيل مشدٌ للثدي حسن الوضع آلاماً كانت مزعجة غير ان سبب الألم في معظم الاوقات تشوش الرسل (hormones) التناسلية او النخامية .

وجميع النساء لا تؤلمهن اثداؤهن في زمن الحيض بل تستطاع قسمتهن ثلاث فئات :

١ً - النساء اللواتي يتألمن ٨ — ١٢ يوماً قبل بدء الطمث وسبب المهن هجمة جرابينية(folliculinique) شديدة في سياق الاباضة.

٢ً — النساء اللواتي يتألمن ٣ — ٨ ايام قبل بدء الطمث وسبب ألمهن في الغالب فرط في افراز الجسم الاصفر او قصور جرابيني .

٣ً - النساء اللواتي يتألمن ٣ ايام قبل بدء الطمث وسبب الألم فيهن هجمة جرابينية تحدث بتأثير النخامة متى بطل تأثير الجسم الاصفر .

ويمكننا ان نصادف اشكالاً وسطاً بين هذه الفئات الثلاث الا اننا متى صادفنا اشكالاً نموذجية يجب ان نستعمل علاجاً خاصاً يوافق الزمرة التي تنتمي اليها المريضة .

وقد بينت التجارب في ٥٣ حادثة من « الاثداء المؤلمة » كما يقول توربو

ان الرسول المذكر اذا حقن لاناث من الزمرتين الاولى والثالثة اي لاناث تعرضن لهجمة جرابينية ، يأتي دائماً بنتائج باهرة .

اما في الزمرة الثانية على العكس (اناث يشتكين آلاماً ثمانية ايام قبل الطمث تزول او تنقص قبله بيومين) .فتجنى دوماً فوائد جليلة من حقن الجرابين بمقادير قليلة بينما لا يأتي الرسول المذكر بنتيجة تذكر او انه قد يزيد الآلام .

وتتراوح مقادير التيستوستارون التي استعملها تورفو بين ١٠ الى ٣٠ معشار الغرام تحقن في الايام الثلاثة التي تسبق ظهور الآلام (تحقن العضلات بـ ٥ — ١٠ معشغ يومياً الا في الفتيات اللواتي هن شديدات التأثر بالتيستوستارون حيث يستحسن ألا نجوز مقدار ١ — ٢ معشغ يومياً) وتشفى بعض الحالات تماماً بزمرة واحدة من الحقن وفي بعض المريضات تستمر المعالجة اشهراً دون ان تؤدي الى نتيجة دوائية ثابتة . والمعالجة الطويلة هذه تنطبق بحسب توربو على النساء اللواتي تجوز نسبة الجرابين في لتر من ذمهم في سياق الاباضة او ٢٤ ساعة قبل الطمث $\frac{١}{٢٠}$ من المعشغ (وتعرف النساء الزائد جرابينهن سريرياً بأنهن يشكين ثقلاً وانتفاخاً حتى آلاماً في اسفل البطن مع لام الثدي .

وقد جنى توربو (Turpault) من التيستوستارون في الـ ٥٣ حادثة من « الاثداء المؤلمة » ٣٧ نتيجة باهرة غالبها بعد شهر من المعالجة والباقي بعد اربعة اشهر على الاقل .

وقد ذكر دامارا (Desmarets) التأثير الناجع لبروبيونات التيستوستارون

في التورمات « الغدية (adénomateuses) التي تسم حياة بعض النسوة والتي يمكن ان تولد السرطان .

وقد جرب توربو من جهة اخرى تأثير بروبيونات التيستوستارون في الاورام الليفية . ولم تداوَ به الا النسوة اللواتي قرر اصابتهن بالورم الليفي طبيبان مختلفان فلم يعد ادنى شك في تشخيص مرضهن وقد اعطين بروبيونات التيستوستارون لوحدها دون اي مستحضر آخر .

والمقادير التي اعطيت لهن اكبر بكثير من المقادير التي اعطيت في الاثداء المؤلمة (٥ – ١٠ ممشغ من بروبيونات التيستوستارون في اليوم حقناً في العضلات مدة ثلاثة اسابيع في الشهر واحياناً اربعة اشهر متوالية)

وقد عالج توربو ٢١ مريضة فحصل على ١١ نتيجة حسنة (زوال النزف او نقصه نقصاً كبيراً ، نقص كبير في حجم الورم الليفي غياب حس الثقل أو خفته وزوال الاضطرابات الوظيفية العصبية ، البولية والمعوية)

ويعتقد توربو ان الاخفاق في بعض من الحوادث يعود الى القصور وفي البعض الآخر على العكس يعود الى عدم تحمل المريضات حتى المقادير العادية نفسها . وعدم التحمل هذا في اكثر الحوادث عائد الى حالة الكبد وفي النادر الى حالة الكلية .

❀❀❀

معالجة داء ركلو (داء الثدي العديد الكيسات)

بخلاصات جسم المبيض الاصفر

ترجمة العليم محمد وحيد الصواف

ليس الداء الكيسي (داء ركلو) نادراً كما انه ليس بالآفة المألوفة التي تصادف بكثرة في الممارسة.

فقد يحدث ان يصادف الاطباء الجدد الذين لم يشاهدوا منه كثيراً في اثناء سني دراستهم، عدة حوادث متوالية منه منذ ابتدائهم بالعمل.

فمن المفيد اذاً ان نذكر بعض العلامات السريرية التي يميز الداء بها وان نذكر الطرق التي نملكها لمكافحته خاصة ابسطها وانجحها وهي طريقة الاستعضاء بجسم المبيض الاصفر التي كانت منها بين يدي مخترعيها اوغست لوميار والاستاذ ليون بيرار نتائج باهرة.

وقد أوحت هذه القضية الى الدكتور لويس طونولو (Tonnelot) موضوع اطروحته الاولى التي سنستعير منها كثيراً في هذه العجالة.

العلامات السريرية الاساسية: يقول ركلو ان داء الثدي الكيسي هو ورم سليم في الثدي. وقلما تتسرطن هذه الآفة على الرغم من أن بناءها النسيجي يضعها في صف الحالات السابقة أو الموءهبة للسرطان. وتصادف على السواء في المتزوجات والعازبات، في الولودات والحروسات حتى انها لتصادف ايضاً

في الرجال وهذا ينفي منشأها الطمثي .

ويشتمل المشهد السريري على عدد من العلامات الوصفية التي سنستعرضها بسرعة :

١ً -- ظهور كيسات عديدة ، احياناً كبيرة وظاهرة (كحجم الجوزة أو البرتقالة الصغيرة) وطوراً على العكس صغيرة يشعر بها بجس الغدة التي تظهر كأنها مرصعة بحبيبات من الرصاص .

٢ً - ازدواج الآفة غالباً ، الا ان الشكل قد يختلف في الغدتين فقد تكون الكيسة في احد الثديين كبيرة ونامية بينما تكون في الآخر كحجم الحبة.

٣ - لا تلتصق الكيسات اياً كان شأنها . فلا تبطن في الثدي ولا انسحاب في الحلمة ، والثدي نفسه متحرك على الاقسام العميقة . وقد يؤلم الورم احياناً في اثناء نموه . وفي المرأة تؤلم الكيسات وتكبر في ادوار الطمث .

٤ً — لا تفاعل في عقد الابط . سير الآفة بطيء مهتز فهي تنمو تارة وتضمر اخرى وقد شوهدت في جميع الاعمار وفي الجنسين . وهي اكثر في المرأة في البلوغ وفي الضهى .

النسيج : ان فحص الآفات النسيجي يدل على ان الكيسات بسيطة أي انها قنوية أو غدية عضلية مضرعة . وتترافق كسائر اورام الثدي بضخامة في النسيج الضام .

قد تبقى العنبات الغدية عديدة وقد تبدي احياناً ضموراً أو تنشطاً .

الأمراض : وضعت في منشإ داء ركاو الـكيسي فرضيات عديدة وقد بينا آنفاً أنه لا يجب أن يفتش عن سبب موءهب في اختلالات الطمث في المرأة لان هذه الآفة ليست وقفاً على النساء .

وقد فكر كانو ودلبه Quenu, Delbet بتعليلها بسير التهابي فعداها « كهبة مضرعة ناتجة عن التهاب مزمن » ولـكن الفحص النسيجي لم يثبت اثراً ملموساً للالتهاب .

دور الجرابين والجسم الأصفر : ان النظرية الغدية وحدهـا في الحقيقة يمكنها جلاء الجهة الامراضية من المسألة جلاء مرضياً وأول من بث هـذه الفكرة لوريش وغورما غتايت (Leriche et Gormaghtight) فعزوا داء ركلو الى فرط افراز الجسم الاصفر .

وتقوم هذه الفكرة على النتائج الحسنة التي جنيت من اعطاء هوءلاء المرضى كميات كبيرة من الجرابين احد مفرزات المبيض الذي يعد الآن مضاداً للوتائين .

وقد لاحظ دال ايفارسان (Dahl-Iversen) بحق ، على الرغم من انه كالموءلفين السابقين دون سلسلة حوادث من الشفاء الاكيد بالجرابين ، ان نظرية المنشإ المبيضي تسقط أمام مشاهدة اثداء كيسية في الرجل . فوجب أن يعلـل الداء بغير تعديل فرط افراز لوتائيني عمـل الجرابين ذي الفعل الثابت .

واعمال لاكاسان(Lacassagne) أول العناصر في تحوير هذه النظرية .

فقد لاحظ في اثناء حقنة الجرابين لفئران حديثة الولادة من الجنسين

(ذكور واناث) حصول كيسات في ابتدائها مع تصلب ضام في قنوات الحليب . وان سائل هذه الكيسات كسائل الكيسات في داء ركلو ، محصول يشبه اللباء يؤثر في الفارشة فيخرشها تخريشاً قد يؤدي الى سرطان . ثم انه أحدث في فئران مخصية ، بعد حقنها على ثلاث مرات بسانتمتر ونصف من لباء المرأة نزواً وصفياً .

فبرهن هكذا على ان اللباء يحوي كميات عظيمة من الجرابين وان سائل الكيسات في داء ركلو كاللباء يحوي ايضا مثله رسولا منزيا .

محاولة تعليل المداواة الرسولية بوجود مضادات رسل : كيف يمكن التوفيق بين دور الجرابين هذا وبين تأثيره الدوائي الثابت في داء ركلو ؟ يجيب طونولو عن هذا السؤال العويص بمحاكة طريقة تستند الى اعمال كوليب واندرسون الحديثة التي تلتها تحريات كبيرة الفائدة عن تكوّن مضادات الرسل ودورها .

فان كوليب واندرسون بعد ان حقنا قبعات بمحرضة الدرق شاهدا ظهور مادة جديدة في هذه الحيوانات مضادة للدرق تعدل محرضة الدرق التي يفرزها الفص الامامي للغدة النخامية .

فيحصن الحيوان هكذا ضد الرسول المحقون به كما لاحظ بوليو (Pouliot) بتكوين مضاد للرسول يصنعه بدنه ويظهر في مصله .

وتوضح هذه المشاهدات ما لاحظه هوبستان(Haupstein) في بعض من المرضى الذين عولجوا مدة طويله بالجرابين فانه رأى ان هذه المعالجة بدلا من أن تسهل نضوج البيضات كما تفعل المقادير المعتدلة ، أدت الى

تكوين المبيض الكيسي المتصلب ذي المنظر الطفلي الخالي من الاجسام الصفر والاجربة الناضجة. فاذا ما امسكنا عن حقن الدواء بطل النهي واستعاد المبيض عمله المعتاد.

وقد لاحظ لوبتر (Lopter) ايضا في انثى الفأر أن حقن الجرابين مدة طويلة يمنع حدوث التضخم المبيض عن تفاعلات المبيض الكهل. ثم حصل هولوك (Holweq) باستعماله الاسلوب نفسه، على نزو متواصل مدة اسبوع فقط ثم وجد بعد ان ضحى بالحيوان ان المبيض محشو اجساماً صفراً نهى النزوَ افرازها الكثير.

وتدعو هذه المشاهدات الى تحفظات كبيرة في معالجة داء ركلو بكميات عظيمة من الجرابين هذه المعالجة التي قد تؤدي الى اضرار فادحة. وتلفت النظر من جهة ثانية الى مبدأ جديد: « مضادات الرسل ». الذي يفتح آفاقاً جديدة للبحث عن طرز العمل وكيفية الاستعمال في المعالجة بالغدد الصم.

الجسم الأصفر في داء ركلو: تبين تجربة هولوك (الذي بعد ان حقن الفأرة بماية وحدة فأرية من الجرابين في اليوم رأى خلال ثمانية ايام ان مبيضها امتلأ اجساماً صفراً كهلة مفرزة) ان ليس هناك فقط اضداداً للرسل تنهى عمل الجرابين المحقون به بل تبين ايضاً ان ثمة تضاداً خاصاً يفرق بين مفرزي المبيض واننا نحدد هذا التضاد فنقول ان الجرابين رسول الطمث واللوتائين رسول الحمل. فدور الجرابين الهام هو « احداث النزو » فهو اذاً مولد للنزو

اما اللوتائين فانه لا يعمل الا في غشاء رحم مخاطي أثر فيه الجرابين. فتي نشط الجرابين غشاء الرحم المخاطي حوله اللوتائين الى غشاء مخاطي

حملي يسمى (الغشاء المسنن endomètre en dentelle) واللوتهئين ايضاً هو الذي يسمح للمضغة بالانغراس وبالتطور في الرحم بآلية التعشيش .

وينهى اللوتائين قابلية التقلص في عضلة الرحم فلا يتأثر الليف الرحمي حتى من عمل فص النخامة الخلفي المقلص ويمنع البيض المبيضي بنهيه الاباضة ويحرض نمو القنوات الحليبية في الثديين (بينما يؤثر الجرابين خاصة في العنبات) ونوعيته أدق من الجرابين ولم يعثر عليه ابداً في بول المرأة بل شوهد حتى الآن في المبيض وربما في مشيمة الانسان .

ومن جهة اخرى فان الجرابين اذا أدخل بمقادير متوسطة في بدن مشبع باللوتائين لا يمكنه احداث النزو فاللوتائين «مضاد للنزو» ويمنع الجرابين من التأثير في غشاء المهبل المخاطي .

ويحصل المخاض من اختلال التوازن اللوتائيني الجرابيني بنقص اللوتائين وازدياد الجرابين الذي يقلص الرحم .

وانا نعلم بعد ابحاث لاكاسان ان داء ركلو سببه فرط في الافراز الجرابيني فينجم عن تحسس عفوي باطن يحدثه الجرابين الذي افرزه البدن المريض نفسه .

ويتضح عمل الجسم الأصفر في مداواة هذه الآفة بما بيناه من التناقض الموجود بين الرسولين المبيضيين ونجد البرهان على هذا التناقض في النتائج الملموسة التي يأتي بها حقن اللوتائين في مداواة النزوف الرحمية الاساسية التي ليس من شك في منشإها الجرابيني . والتقارب السببي بين هذه الآفة وداء ركلو يوضح وحده نظرية اوغست اوميار و بيرار وهي : معالجة

داء الثدي الـكيسي باجسام الميض الصفر التي توجد في مستحضر جاهز هيء خصيصاً لهذا الشأن ، مكفول النتيجة سواء من حيث التركيب او طرز الاستعمال وهو : او بوزونات لوميار (Les opozones de Lumière)

ولنذكر ان اوبوزونات لوميار هذه تستحضر من الاجسام الصفر الكهلة المستحصلة من تسليخ ميضات البقر المذبوحة حديثا .

تسحق هذه الميضات ويضاف اليها بمقادير قليلة في اثناء تبريد الكتلة ، وزن مساوٍ من فصفات الصودة الجافة . فيتميه هـذا الملح على وكس العصارات النسيجية التي يمتصها تماماً فيولد في الحال ملحاً ناشفاً ماؤه البلوري مركب من محلول الحاصيل الغدية فلا تتعرض المواد الغدية هكذا لأدنى تسخين كما انها تستخلص بـكاملها دون ان يعتورها تبدل .

وقد انتقد بعض المؤلفين طرز اعطاء المستحضرات الغدية بطريق الفم واننا نجيب عن هذا الانتقاد بالنتائج الباهرة التي سجلت في آلاف المرضى الذين عولجوا منذ اكثر من عشرين عاماً بهذه الطريقة وبالمشاهدات الطريفة التي دونها الاستاذ ليون بارار بمساعدة اوغست لوميار وقدمها الى جمعية ليون الجراحية في تموز من السنة ١٩٣٤ وبعدد من المستندات المماثلة التي جمعها الاستاذ طونولو سواء في عيادات مخابر لوميار او في مستشفى « الملجأ الجيد» «Bon abri» الملحق بمركز ليون المضاد للسرطان .

❀❀❀

جورج ادورد بوست (١٨٣٨ ـ ١٩٠٩)

حياته وتاليفه

للعليم لطفي السعدي

ترجمة العليم ميشل الخوري

« ولكل امة اجل فاذا جاء اجلهم لا يستأخرون
ساعة ولا يستقدمون »
سورة الاعراف : الآية ٣٣

كان جورج ادورد بوست طبيباً اميركياً مرسلاً الى سورية في القرن التاسع عشر ، ولذلك فان تقدير حياته وتآليفه حق قدرها لا بد فيه من الرجوع الى تاريخ المرسليات الانجيلية الاميركية التي كان لها تأثير كبير في نشر الثقافة الغربية في الشرق الادنى . ويبدو غريباً لمدى النظرة الاولى ان المرسلين الاميركيين حملوا الى مهد المسيحية في اثواب جديدة ، الدين الذي انتقل اليهم من تلك البلاد قبل ذلك بتسعة عشر قرناً .

وقد كانت سورية في اوائل القرن التاسع عشر من ولايات السلطنة العثمانية . فكان يحكمها ولاة اتراك كثيراً ما كانوا يتنازعون مع السلطة المركزية في القسطنطينية. وفي السنة ١٨٣٢ غزاها ابراهيم باشا بن محمد علي الكبير . وبعد انسحاب الجيوش المصرية في السنة ١٨٤١ ، انتشرت الفوضى وعم الاضطراب فيها . وكاد ان لا يكون فيها معهد للعلوم العالية. وكان السفر

شاقاً والتجارة ضعيفة ، وفي معظم انحائها كانت العداوة القديمة تتأجج نارها بين الطوائف المختلفة . واما البلاد فكان الجانب الاعظم منها لا يزال في دور النظام الاقطاعي . فلم يكن اذن في العالم العربي ما يجتذب الكنيسة الانجيلية في القرن الثامن عشر ، غير انه في العشر السنين الثانية من القرن التاسع عشر سرى في ولاية نيويورك وفي الولايات المجاورة لها انتعاش ديني وحماسة تبشيرية ، فتقدم عدد كبير من الاشخاص الى مجلس الوكلاء الاميركي للمرسليات الاجنبية متطوعين لنشر الديانة البروتستانيـة في سورية . ويعود تاريخ المرسلية الاميركية في سورية الى السنة ١٨١٩ ، حين اتى المبشران بليني فسك ولني بارسونس الى فلسطين . ولم تزد حياة فسك التبشيرية عن ست سنين قضى معظمها في مدينة بيروت حيث توفي في تشرين الاول من السنة ١٨٢٥ ، فهو اذن اول مبشر اميريكي في سورية .

وبقي البروتستانت المشيخيون الاميركيون يتعاونون مع الكنيسة الملية الانجيلية مدة طويلة قبل تأسيس المجلس المشيخي للمرسليات الاجنبية في السنة ١٨٣٧ وبعدها . وفي السنة ١٨٧٠ تقاسم البروتستانت العمل في الشرق بحسب مذاهبهم ، فعينت سورية للكنيسة المشيخية ، واستمرت الكنيسة الملية في ادارة مصالحها في تركيا ، واما فلسطين فاصبحت حقلاً تعمل فيه في الدرجة الاولى جمعية المرسلية الكنسية الانكليزية .

وفي ١٦ تشرين الاول ١٨٢٣ نزل الى البر في بيروت القس وليم بيرد والقس وليم غوديل فلقيا في البلاد من المقاومة وعدم الاستقرار ما حملهما على مغادرتها بعد خمس سنين الى مالطه حيث كانت سبقت لجنة المرسليات

الاميركية فاسست مطبعة لتستعين بها على نشر الكراريس والكتب التبشيرية الاميركية. غير انهما عادا الى بيروت في السنة ١٨٣٠ . وبعد ذلك بمدة قصيرة نقلت المطبعة المذكورة الى بيروت حيث لا تزال معروفة فيها الى الآن باسم المطبعة الاميركية .

وفي العقد الرابع من القرن التاسع عشر انضم الى المرسلية الانجيلية الاميركية في سورية عددٌ من الرجال الاعلام وهم :

جوناس كينغ اللغويّ

واسحق بيرد المؤرخ

والقس الدكتور ايلي سميث اول من تعمد ترجمة التوراة الى العربية والدكتور وليم م. تومسون المكتشف والمؤلف والدكتور كرنيليوس فانديك ناقل العلوم الغربية الى اللغة العربية ومترجم التوراة والدكتور هنري دي فورست اول من اسس مدرسة داخلية للبنات والقس سيمون ه كلهون الذي لقب بقديس جبل لبنان .

وفي ٣١ آذار ١٨٤٨ اسست في بيروت اول كنيسة انجيلية ، وفي السنين التالية اسس عددٌ من الكنائس الاخرى . وبعد ان الحقت المرسليات السورية بالكنيسة المشيخية ، نظمت هذه الكنائس في مجالس مشيخية فبلغ عدد الاعضاء المنتمين الى كنائس المرسلية الاميركية في السنة ١٨٥٦ زهاء ثلاثة الاف شخص .

وفي ١٢ كانون الاول من السنة ١٨٥٥ اقلع من مرفأ بوسطن مركب شراعي محموله ثلاث مئة طن واسمه سلطانة. وكان يقلّ بين المسافرين فيه سبعة

من المرسلين منهم دانيال بلس وزوجته . اللذان انيح لهما بعد ذلك ان يلعبا دوراً خطيراً في تأسيس الكلية السورية الانجيلية . ووطئت قدماهما ارض بيروت في ٧ شباط من السنة ١٨٥٦ .

وكانت مدارس التبشير الانجيلية قد بدىء بتأسيسها في بيروت في السنة ١٨٣٠ للبنين والبنات وفي السنة ١٨٤٦ اسس الدكتور كرنيليوس فانديك كلية عبيه بمؤازرة بطرس البستاني . واسست المسز بوين تومسون مدرسة انكليزية للبنات في السنة ١٨٦٠ ، وفتحت الكلية الاميركية الانجيلية للبنات ابوابها في السنة ١٨٦١ . وفضلاً عن ذلك اسست مدرسة اللاهوت بادارة ستوري هبرد .

الكلية السورية الانجيلية

طالما صبا المرسلون الاميركيون الى انشاء مؤسسة للتعليم العالي في سورية فبدأوا حوالي السنة ١٨٦٢ باعداد المدة لتأسيس كلية لغتها العربية وتتألف من شعبتين :

١) شعبة للعلوم والفنون : سنوات الدراسة فيها اربع ومنهاجها على طراز الكليات الاميركية وتمنح رتبة بكلوريوس علوم

٢) شعبة للطب والجراحة : سنوها اربع تؤهب بعد انقضائها لنيل رتبة دكتور في الطب .

وبعد ان اتفق المرسلون على تسمية هذه المؤسسة بالكلية السورية

الانجيلية . عينوا الدكتور دانيال بلس ليزور اميركا وبريطانيا العظمى لبث الدعوة وجمع المال اللازم لتحقيق هذه الغاية . ومما نشره في هذا الصدد فريدريك جونس بلس في كتابه « تذكارات دانيال بلس » المطبوع في نيويورك السنة ١٩٢٠ ما يلي ،

« تنفيذاً لقرار المرسلية سافرت مع زوجتي واولادي الى الولايات المتحدة في ١٤ آب السنة ١٨٦٢ فبلغنا مدينة نيويورك في ١٧ ايلول . وبعد وصولنا بمدة قصيرة عقد الاجتماع السنوي لمجلس الوكلاء الاميركي للمرسليات الاجنبية في مدينة سبرنغفيلد من اعمال ولاية ماساتشوستس ، فدعيت الى الخطابة في موضوع قرار اتخذه المجلس المذكور بشأن تقوية المرسليات الاجنبية ، على ان يكون وليم دودج الخطيب الثاني. وبما انني كنت لم انل بعد قسطي من الراحة بعد سفري الطويل من سورية ، فان دلائل التعب البادية علي كان من شأنها ان أثبتت للمستر ضودج ما كان يقال له عن خطورة عمل المرسلين ، وعن ضرورة شد ازرهم في عملهم المرهق . وحين بدأ الكلام اظهر شدة تأثره من خطابي وقال « حينما كان اخونا الاصغر هذا آخذاً بالكلام بلغ مني التأثر مبلغاً عظيماً ، فلم يبق خيط واحد لم يبلله العرق من خيوط القميص على ظهري . ولم نكن نعرف المستر ضودج في ذلك الحين الا بالاسم فقط ولكنه تلطف فدعاني الى العشاء مع زوجتي في منزله . وجلس معنا الى المائدة المستر ضودج وزوجته وابنهما القس د . ستيورت ضودج وزوجته . وفي اثناء الطعام سأل المستر ضودج زوجتي اذا كنت عدت الى الولايات المتحدة طلباً للصحة ، فاكدت له زوجتي ان صحتي جيدة ، ثم

شرحت له بصورة عامة مشروع الكلية المزمع انشاؤها . وعلى أثر ذلك اشتركنا جميعاً في بحث المشروع وغايته ووسائل تحقيقه. وقبل ان ننهض عن الطعام قال المستر ضودج لابنه « يلوح لي يا ستيورت ان ذلك شيء حسن فعلينا ان ننظر اليه » وجاءت الحوادث التالية مصداقاً لكلامه فان ينبوع الاحسان في قلب المستر ضودج اخذ معينه بالتدفق . وانفتحت منذ ذلك الحين طريق جديد لاعماله الجليلة » .

ونظمت الكلية السورية الانجيلية كمؤسسه مستقلة لا علاقه لها بالمرسلية السورية غير ان المرسلية كان لها عدد من المثلين في مجلس وكلائها .

وبقي دانيال بلس سنتين في الولايات المتحدة قطع في خلالهما ١٧٠٠٠ ميل والقى ٢٧٩ خطبة ، وزار عدداً كبيراً من الناس ، ولم يقم بزيارة اسرته الخاصة الا بعد ان تمكن من جمع مئة الف دولار للكلية . ومما لا يكاد يصدق ان نيل البراءة وجمع المال حدثا في ايام الحرب الأهلية العصيبة حين فقد الدولار الاميركي قيمته الاولى . ولكي لا ينفق الدكتور بلس ما جمعه باقل من قيمته اجبر على السفر الى انكلترا حيث جمع مبلغاً احتياطياً من المال بالجنيه الاسترليني . ولبث يستعمل هذا المال للقيام بنفقات الكلية الى ان استعاد الدولار قيمته الاصلية » (١)

وكانت الكلية الى السنة ١٨٧٣ عبارة عن بنايتين حقيرتين الحق بهما بيتان صغيران حيث جعلت عيادة خارجية ومستشفى متألف من ثلاثة او اربعة اسرة . غير انها نقلت في السنة ١٨٧٣ الى مكانها الحالي .

(١) بيرد دودج في مجلة الكلية مجلد ٤ رقم ١ عن بيروت السنة ١٩٣٦

وافتتحت شعبة العلوم والفنون في السنة ١٨٦٦ فكان عدد الطلاب الذين سجلوا اسماءهم ١٦ طالباً . اما شعبة الطب فافتتحت في السنة التالية :

وقال الدكتور بلس في حفلة وضع الحجر الاساسي للبناية المركزية في السنة ١٨٧١ ما يلي :

« ان هذه الكليه لعموم الناس من جميع الحالات والطبقات . بدون النظر الى اللون او القوميه او الجنس او الدين . فالشخص ابيض كان او اسود او اصفر ، مسيحياً كان أو يهودياً او مسلماً او وثنياً يستطيع دخولها والتمتع بفوائدها ، ثم يخرج منها مؤمناً بإله واحد ، او بعدة آلهة او غير مؤمن بإله البتة . الا انه من المحال لايّ كان ان يطول بقاؤه بيننا ، بدون ان يعرف ما نعتقده صدقاً ، وان يعلم ما هي الاسباب التي تحملنا على ذلك الاعتقاد »

ثم ان هذه المؤسسة التي بدأت باسم الكلية السورية الانجيلية في الايام الاولى للحرب الاهلية اصبحت تسمى الجامعة الاميركية في بيروت بعد انتهاء الحرب العالمية بمدة قليلة . اذ ان اسمها الاول لم يعد يصدق عليها ، فهي لم تبق مؤسسة سورية ، اذ ان طلابها اصبحوا مختلفي القوميات مما لا تجد له مثيلاً في العالم كافة. فقد سجل فيها اربعون قومية تتمثل فيها بلدان الشرقين الادنى والاوسط ، واميركا الشمالية والجنوبية واوروبا . ولم يعد بالامكان عدها انجيلية لان طلابها واساتذتها اصبحوا ينتسبون الى كل نحلة في تلك البلاد الغريبة والواقع ان نصف عدد الطلاب الذين يواظبون على هذه الجامعة اليوم هم مسلمون. ولم يعد مستطاعاً تسميتها بالكلية لانها فضلاً عن

مدرسة الآداب والفنون ، اصبحت تشتمل على فروع راقية للطب والصيدلة وطب الاسنان والتمريض وعلى شعب للهندسة والتجارة والموسيقي والحقت بالجامعة منذ حين مدرسة اللاهوت للشرق الادنى ، وكلية البنات في بيروت والكلية الدولية وعليه فان الغرف الخمس الاولى المأجورة تحولت الى ارض تبلغ مساحتها الثلاثين هكتاراً تقوم عليها اثنتان واربعون بناية . واما فئة المعلمين الاربعة عشر فقد غدت هيئة تعليمية عددها ٢٨٠ بين رجل وامرأة والطلاب الستة عشرة اصبحوا زهاء الف وخمسمائة . واما اموالها التي كانت مئة الف دولار متدهور فقد عادت وقفية تبلغ الخمسة الملايين . وفي السنة ١٩٠٣ خلف هوردس بلس اباه الكبير فاضبح الرئيس الثاني للجامعة وخلفت ابنته ماري بلس والدتها حين اصبحت زوجة بايرد ضودج الرئيس الثالث . وعليه فان في مدة ثلاث وسبعين سنة لم يكن للجامعة غير ثلاثة رؤساء .

وكان الرجل الاول الذي علم الجراحة في مدرسة الطب الحديثة العهد جورج ادورد بوست الذي انضم الى هيئة التعليم في السنة ١٨٦٧

ولد صاحب السيرة في مدينة نيويورك في ١٧ كانون الاول السنة ١٨٣٨ . وكان ابوه الدكتور الفريد بوست الجراح الشهير استاذاً للجراحة في كلية الطب بنيويورك . ويعود نسبه الى ريشارد بوست الذي انتقل من مدينة لين من اعمال ماساتشوستس ، واقام في هامبتون الجنوبية في لونغ ايلند السنة ١٦٤٠ . واما والدة جورج بوست فكانت هاريت بيرز .

وكان جورج بوست طالباً نجيباً في حداثته وبدأ بدراسة اللاتينية في السنة السادسة من عمره . وكان وهو صبي كثير المطالعة فصيح الكلام

وعزم في اوائل صباه ان يكون مرسلًا وحين بلغ الخامسة عشرة من العمر وطد عزمه على وقف حياته على المرسليات الطبية ، ولكن هذا العزم بقي عدداً من السنين سراً لا يبوح به لأحد من الناس .

وفي السنة ١٨٥٤ انهى دروسه العلمية فنال شهادة بكلوريوس علوم من الدرجة العالية وهو لا يزال في السادسة عشرة ، من المعهد الذي كان يسمى قديماً بالمجمع العلمي الحر واصبح الآن يعرف بكلية مدينة نيويورك وحاز لقب معلم علوم بعد ذلك بثلاث سنوات. وفي السنة التالية دخل مدرسة اللاهوت الاتحادية فأتم دروسها كافة . وكما كانت العادة في ذلك العهد ، فانه بدأ بدراسة الطب وهو لا يزال عاكفاً على دروسه اللاهوتية . فنال شهادة الطب من كلية الطب في جامعة نيويورك في السنه ١٨٦٠. وسامه قساً المجمع المشيخي الرابع في نيويورك في ٥ كانون الثاني السنة ١٨٦١

وخدم الدكتور بوست من السنة ١٨٦١ — ١٨٦٣ كقسٍ عسكري في الفرقة الخامسة عشرة من متطوعي نيويورك ، وفي الوقت نفسه كان يعاون الجراح وكثيراً ما كان يقذف بنفسه الى خطوط النار ليستخرج الرصاص من اجسام الجرحى. وكان من عادته ان يرفع على خيمته علماً خاصاً ذا لون ازرق وعليه كلمة (Bethel) بحروف بيض ، ليدعوا بواسطته الجنود من مختلف المذاهب . ويروى عنه انه كان يعنى بصورة خاصة بمنع المسكرات بين الجنود . وتمكن في غضون السنتين اللتين خدمهما في الحرب الاهلية من الدرس في كلية طب الاسنان في بلتيمور فنال منها في السنة ١٨٦٣ شهادة دكتور في جراحة الاسنان .

وارسل مجلس الوكلاء الاميركي للمرسليات الاجنبية . الدكتور بوست الى سورية كطبيب مرسل في ٢٨ تشرين الثاني السنة ١٨٦٣ فاقام في طرابلس وبدأ على الفور عمل التطبيب ودراسة اللغة العربية . ومما لا ريب فيه ان القليلين من الاجانب الذين يأتون سورية وهم كبار ، ترسخ قدمهم في العربية ويتمكنون من الفاظها وتعابيرها ويحسنون التلفظ بها . على ان الدكتور بوست كان احد هذا النفر القليل ، فاعار اللغة العربية عناية خاصة وعكف بجدٍ على تعلم الكلام العامي واللغة الفصحى مع ما تشتمل عليه هذه من القواعد النحوية العويصة ، فاصاب منهما القدح المعلّى . ومعلوم ان الاتصال في ذلك العصر بين مدينة واخرى كان اقل من الآن ، ومع ان اللغة العامة هي واحدة في البلاد السورية ، فان لهجات التكلم بها تختلف اختلافاً بيناً في الناحية الواحدة من البلاد ، عما هي عليه في الناحية الاخرى فلم يكن اذن بدٌّ للدكتور بوست من اقتباس اللهجة الطرابلسية . ومع انه اقام مدة قصيرة في طرابلس فان اثر لهجتها الخاصه بقي في كلامه زمناً طويلًا بعد ان تركها ، واقام نهائياً في مدينة بيروت . وكانت مدة اقامته في طرابلس خمس سنوات سافر على اثرها الى الولايات المتحدة لسوء صحته . وفي السنة التالية عين استاذاً للجراحة وعلم النبات في الكلية السورية الانجيلية في بيروت

وظاهر ان تعليم الطب والجراحة متعذر بدون مستشفى . فاستؤجر بيت صغير مجاور وجعلت فيه عيادة خارجية يومية ليصبح بالامكان اعطاء دروس سريرية . ووضعت بعض اسرة في غرفتين او ثلاث من غرف البيت نفسه ، فاصبح مستطاعاً قبول عدد محدود من المرضى الداخليين اما لاجراء

عملية جراحية او لتسهيل درس مرضهم واجراء المداواة الناجعة . وفي هذه الحوادث كان الطلاب يتناوبون العمل في التمريض موقتاً بانتظار تأسيس مستشفى يكون حسن التجهيز فيجد فيه المرضى جميع اسباب الراحة .

واتفق في تلك الغضون ان اسس فرسان القديس يوحنا في بقعة ممتازة واقعة قرب الجانب الغربي من مدينة بيروت مستشفى متسعاً جميل البنيان وكان ذلك بعد السنة ١٨٦٠ ، وكانت الرئيسة والممرضات في هذا المستشفى الذي اشتهر بعد ذلك باسم المستشفى البروسياني راهبات المانيات تابعات لجمعية الاخوية القيصرية ، وطبيبه الماني اسمه الدكتور لورانج . وكان نسب هذا الاخير يعود الى الهوجنوت الفرنسيين الذين هاجروا الى المانيا بعد الغاء منشور نانت . ولم يطل الأمد حتى نشب الخلاف بين الطبيب والراهبات فارتفعت الشكوى من الفريقين ولكن جمعية الفرسان اخذت بناصر الراهبات فارغم الدكتور لورانج على الاستقالة من المستشفى .

فاغتنمت الكلية السورية الانجيلية هذه الفرصة السانحة واقترحت على فرسان القديس يوحنا تقديم الخدمة الطبية اللازمة للمستشفى مجاناً ، ومقابل ذلك تنال حق استعمال قاعاته وعياداته في تعليم طلاب الطب . وما ان رضي الفرسان بهذا الاقتراح مبدئياً حتى ارسل الدكتور بوست الى برلين بالنيابة عن الكلية ليفاوض الفرسان بغية الوصول الى اتفاق نهائي على جميع التفصيلات المتعلقة بهذا الشأن . فتم ذلك بمدة قصيرة ولبث الاتفاق معمولاً به الى ان خاضت اميركة الحرب العامة الى جانب الحلفاء في السنة ١٩١٦ .

« للبحث تتمة »

الشباب والاشباب

«١١»

ضرر الاشربة الروحية (١)

للعليم شوكة موفق الشطي

ان هذا الموضوع رحب متسع الاطراف يتمكن الباحث فيه من قسمته عدة اقسام وتخصيص كل قسم منها بمحاضرة خاصة دون ان يفيه حقه من الاتقان لان من نظر الى الخمرة واضرارها تمثلت امامه في الحياة مشاهد يجدر بكل منا ان يتخذها عبرة لنفسه وان يطبعها في مخيلته ليتعظ بها مجتنباً الخمرة وتأثيرها اجتناب الافعى ولست احاول ان امثل امامكم هذه المشاهد جميعها والوقت لا ينفسح لمثل هذا الاسهاب بل غايتي وقدعين لي الموضوع الذي اتكلم فيه ان اضم هذه الرسوم بعضها الى بعض لأريكم فعل الاشربة الروحية الضار ، غايتي ان اجمع هذه الزهرات الكريهة الرائحة واؤلف منها باقة لالأقدمها لكم بل لأريكم اياها عن بعد فيتحقق كل منكم سماجتها ويشم رائحتها النتنة الكريهة فيسعى الى ابعادها عنه ما استطاع

قلت ان الموضوع رحب متسع الاطراف يتمكن الباحث فيه ان يلجه من ابوابه المختلفة يستطيع الطبيب ان يجول فيه من الوجهة الطبية الصرفة . ولو كان المقام الذي اتكلم فيه نادياً طبياً لكنت حصرت كلامي في هذه الوجهة فقط

(١) نقل هذا البحث عن الزميل الفاضل مرشد بك خاطر فقد جاء فيه مبيناً ضرر الاشربة الروحية باسلوب رائع جمع فيه بين العلم والأدب .

وبينت ما للكحول من الضرر في جسد الانسان واظهرت بالمقاطع والرسوم التشريحية المرضية تأثيره في نسج الاعضاء السائرة وتبديله لها واتلافه اياها حسبما تبدو بالمكبرات التي ترينا حقائق كانت غامضة لا تدركها أعيننا المجردة قبل ان كشفها العلم .

ويستطيع عالم الاجتماع ان يجول فيه جولة جميلة مبيناً اضراره الفادحة من الوجهة الاجتماعية ومقابلاً الشعوب التي تعاقر الخمرة بالشعوب التي تنهاها عاداتها او اديانها او حكوماتها عن معاقرتها ومحصياً الجرائم في كل بلد من هذه البلدان فيكون درسه هذا امثولة جزيلة الفائدة يجدر بكل شخص ان يعيها وعبرة لمن لا يزالون يعتقدون بفائدة الخمرة رافعين عقيرتهم بالدفاع عنها .

ثم كان يتطرق في بحثه الى درس اخلاق تلك الشعوب قبل تفشي عادة الاشربة الروحية فيهم وبعدها فيبين سمو تلك الاخلاق وترفعها عن الدنايا حينما كانت تلك الشعوب لا تعرف سوى الماء الزلال شراباً لها وانحطاط تلك الاخلاق بعد ان تخذوا الخمور لعطشهم منقعاً ولنفوسهم نديماً مظهراً بالارقام ضرر الخمرة وحاثاً على اجتنابها .

ويستطيع عالم الاقتصاد ان يبحث في الامر بحثاً اقتصادياً جليل الفائدة مظهراً ضرر الخمرة في اقتصاديات الافراد والشعوب ومبيناً ان ثروة بعض البلدان التي تتجر بهذه الاشربة فتدرّ عليها الارباح الطائلة لا تقاس بخراب البلدان الاخرى التي تستورد تلك السموم القاتلة وتنفقها ولست اظنكم تنكرون ضرر هذه الاشربة من الوجهة الاقتصادية فما على كل منكم الا ان يمثل العالم ببيته الصغير الذي عهد اليه بادارة دفته فيرى ان النفقات التي

يصرفها في سبيل الاشربة اذا كان ممن يدمنونها او ممن يقدمونها تنيف على نفقات الطعام ولا سيما في هذا العصر الذي كثرت به اسماء هذه الاشربة وانواعها فاستغنمت به البلدان التي تتجر بهذه السموم فرصة اقبالنا على صادراتها ففتحتنا في كل يوم بعشرات من الاشربة الجديدة التي لا تختلف عما تقدمها الا بكونها اشد تسمماً واكثر فتكاً .

وعلماء الاقتصاد ايها السادة ينظرون الى كل صغيرة في هـذه الحياة ولا يهملونها فاذا عهد اليهم ببحث كهذا نظروا في جميع دقائقه فبينوا لنا ان الخمرة مضرة من الوجهة الاقتصادية لا بالمال الذي تنفقه ثمناً لها فحسب بل بنقص قوة الانتاج الذي ينجم من تعاطيها أو بعبارة اخرى ان العامل الذي يتعاطى الخمرة يصرف قسماً كبيراً من اوقاته وليست كلها من اوقات الفراغ متلذذاً بها وكثيراً ما يدعو اصدقاءه واترابه الى معاقرتها معاً فيبدد بعمله وقتاً لو صرف لعمل منتج لكان افاد اولئك الافراد فائدة كبيرة في اقتصادياتهم ولكان افاد البلاد التي يقطنونها ايضاً واذا اضفنا الى ذلك عجز متعاطي الخمرة عن القيام باعمال كان قادراً على القيام بها قبل تعوده اياها لانحطاط قوى جسده تبين لنا حينئذٍ ضرر الخمرة الجسيم من الوجهة الاقتصادية .

ويتمكن علماء الامراض الروحية من الجولة في هذا الموضوع جولة جميلة كبيرة الفائدة لانهم يمثلون لنا فعل هذا السائل الذي يرسله الانسان الى المعدة فيصعد الى الدماغ ويبلبل فيه جميع وظائفه الحية من حس وحركة وقوى عاقلة ويدرسون امامنا كثرة الامراض العقلية في البلدان التي تكثر فيها صرفيات هذا السم القتال وخفتها في البلدان التي تحرّم فيها هذه الاشربة

فيكون درسهم لذيذاً مفيداً .

يتضح من ذلك ان الموضوع رحب متسع الاطراف وان الوجهة الواحدة التي يختارها الباحث تستوقفه ساعة بل ساعات دون ان يفيها حقها وغايتي بعد هذه المقدمة التي بينت فيها اهمية الموضوع ان اصنع مزيجاً تدخل في تركيبه عناصر هذه الابحاث المختلفة وان اجمل العنصر المتغلب فيه اضرار الجسد كيف لا والمتكلم طبيب يلمسها بالعلم الذي خصص نفسه به ويستطيع البحث فيها باختصار ودقة

ضرر المسكرات بالجسد : ينحصر هذا الضرر في كلمة واحدة وهي التسمم اذن المسكر يسمم الجسد وليس في هذه الكلمة اقل غلو لان هذا السم قتال تفوق قوته المسممة كثيراً من المواد السامة التي لا يجوز بيعها الا في الصيدليات ومخازن الادوية مع ان هذا السم مباح بيعه مباحة معاقرته علناً للفرد والجماعات .

وهذا التسمم نوعان تسمم حاد وتسمم مزمن ونعني بالتسمم الحاد السكر اجل السكر وما اشد هذه الكلمة وطأة على النفوس واثقلها على العقول لأن السكر هو فقد الصفات التي يتصف بها الانسان هو خسارة تلك الصفة السامية التي ميز بها الله الانسان عن جميع الحيوانات أعني بها العقل يفقد السكران اذن عقله فيعود حيواناً بكل ما في الكلمة من معنى لا يختلف في شيء عن الحيوانات العجم سوى بوهن قواه الجسدية لان هذه اذا لم تتصف بالعقل فان لها من قوتها الجسدية ما يعيدها كبيرة النفع . رأى معظمكم السكران الثمل وابصروا بعيونهم اخاهم في البشرية وقد انحط من

الدرجة السامية التي وضعه فيها الخالق الى ذلك الدرك السفلي الذي جعلته فيها الخمرة .

رأوه في دور تنبهه وقد جاشت قوى عقله وجسده .

ابصروه وقد احتقن وجهه فكاد الدم يتفجر من وجنتيه وقد جحظت عيناه ولمعتا فكادتا تخرجان من وقبيهما كأنهما سراجان متقدان .

رأوه وقد اشتدت قوى عضلاته وانقطع اللجام الذي يلجمها اعني به لجام العقل فانقض على هذا يذيقه من الضرب الواناً ويصفع ذاك فيريه النجوم في رابعة النهار ويعض هذا باسنانه وانيابه مخدشاً جلده ومهشماً جسده .

رأوه وقد انطلق لسانه فاسمع مستمعيه من الكلمات البذيئة ما يندى له الجبين خجلاً وتحمر له الوجنات حياء .

رأوه لا يضع لكلامه حداً يحطم الهيا كل ويدك المعابد ويسقط الحكومات ويثل العروش ويرمي بالتيجان الى الحضيض وينصب لنفسه عرشاً داعياً الناس الى عبادته والخضوع لشخصه الفريد واسمه الكريم .

رأوه وقد تغلبت عليه العاطفة فثار ثائرها في نفسه فبكى حيث لا مجال للبكاء وذرف الدمع سخيناً حيث لا داعي الى ذرف الدموع وفرح حيث لا مكان للفرح فاضحك وابكى وذكر الجحيم والنعيم واستعرض جيوش الموتى منذ أب الخليقة حتى ذلك اليوم المشؤوم الذي شرب الخمرة فيه .

رأوه وقد دبت الخمرة دبيبها في خلايا دماغه وتبلبل نطقه بعد تلك الفصاحة وتشوش لسانه بعد تلك الزلاقة واضطرب سياق افكاره بعد تلك السلاسة اذا اراد التعبير ارتعش لسانه في فيه او اراد الايماء ارتجفت

يداه دون الغاية التي يرمي اليها او اراد الاشارة برأسه انحني رأسه الى الامام او الى الوراء كأنه لا يملك قياده وهو بالحقيقة لا يملك ذلك القياد .

رأوه وقد خانته الارادة يتكلم عن ماضيه وحاضره ويكشف اسراره وقد كان يحافظ عليها اشد الحفاظ ويجاهر بعواطفه الغرامية وقد كان المحتشم الرزين ويسرد الاسماء وقد كان المتكتم الرصين .

. . . .

ثم رأوه في دور خموده ضعيفاً بعد التنمر وجباناً بعد الاستئساد وقد ذبلت عيناه المتقدتان واسترخت قدماه النشيطتان يترنح في مشيته ويتمايل في خطواته يسير يمنة ويسرة بعد ان فقد الموازنة لتسمم خلايا بصلته يتمسك بمن يصادفه مجتنباً الوقوع بعد ذلك الجبروت والعظمة ويستند الى جدران المنازل بعد تلك القوة ، اللعاب يسيل غزيراً من فمه والدمع ينهمر من عينيه والعرق البارد يبلل جبينه والشحوب يعلو وجنتيه . ولا يلبث ان تخور قواه فيهوي الى الحضيض على غير هدى مفترشاً الارض وملتحفاً السماء ويفقد شعوره وتمحي حسياته وتسترخي مصراته فيبلل اثوابه بمفرزاته القذرة ويتشوش تنفسه ويسرع قلبه وتتوتر شرايينه وتنتفخ أوداجه وتهبط حرارته ويبقى بين الحياة والموت مدة من الزمن ريثما ينفرز هذا السم القتال من جسده وتتحرر خلايا دماغه من فعل هذا الضيف الثقيل فيستعيد قواه التي بددها وملكاته العقلية التي فقدها ويبقى بضعة ايام منهكاً تعباً .

هذا هو مشهد السكران في دوري تنبهه وخموله ولست ارى نفسي فضولياً في رسمه لانني ارغب في ان ينطبع هذا المشهد الراعب في الادمغة واود

ان يبقى ماثلًا امام الاعين ليذكر العاقل اذا ما حدثته النفس الامارة بالسوء وحببت اليه الكحول المصير الذي يصير اليه السكير والدرك السفلي الذي يزج نفسه فيه .

غير ان هذا المشهد الراعب الذي هالنا النظر اليه هنيهة من الزمن هذا التسمم الحاد الذي شل حركة الجسد وأخمد قوى النفس وادنى الانسان العاقل من البهيمة العجماء ليس شيئاً بازاء التسمم المزمن الذي يفعله الكحول في جسد الانسان لان هذا التسمم سريع الزوال يتقلص ظله متى افرز الكحول من الجسد ويمحى اثره متى جدت الرئة والكلية في افراغ هذا السم الزعاف والقائه غير ان التسمم المزمن الذي يفعل فعله البطيء هذا التسمم الذي لا يؤذي ظاهراً هذه الاذية الشديدة لانه لا يلقي الانسان في حالة السكر التام هذا التسمم يخرب في كل يوم مئات الالوف من الخلايا الشريفة النشيطة في جسدنا الحي معيضاً عنها بخلايا ضامة صلبة ويهدم اعضاءنا الرئيسة ويدنينا من الشيخوخة الباكرة والموت السريع ونحن لاهون .

واذا كان التسمم المزمن لا يتمثل في معظم الحالات الا بمشاهد خفية لا يدركها غير الطبيب ولا تصح ان تكون امثولة تملى على الشعب ليتعظ بها ويعتبر فانه يشذ عن هذه القاعدة في بعض الاحيان فيبدي الكحوليين بمشاهد مؤثرة تدمي لها القلوب وتوجس لها النفوس واقول الكحوليين لا السكيرين لانني اعني بهم تلك الفئة التي تشرب من الاشربة الكحولية ما لا يصل بها الى درجة السكر ولكنها لا تترك يوماً واحداً الا وتتناول فيه تلك الجرعة المقننة وتسمم به ذلك الجسد الذي لم يكد يفرغ ما دخله

في الامس حتى اتاه اليوم بكمية جديدة يجدُّ في مكافحتها وافرازها اولئك قوم ينتحرون وهم جاهلون ، قوم يفاخرون بانهم لا يسكرون ولا يعربدون، وكل عضو من اعضائهم الرئيسة يصيح ويضج من هول ما يفعلون ، قوم يتباهون بمحافظتهم على القواعد الصحية في شربهم للكحول لانهم يحتسون منه النزر القليل المشهي وهم في ضلال مبين يسمّون خلايا دماغهم وكبدهم وكليتيهم وشرايينهم وقلبهم وكل عضو من اعضائهم وهم يعتقدون انهم يحسنون الى انفسهم. ان هؤلاء لأشد ضرراً في البشرية من السكيرين لانهم يباهون بعملهم والسكير يخجل بفعلته ويتوارى عن الاعين حياء وخجلاً، هم يرشدون سواهم الى طريقهم الذي يظنونه مستقيماً سوياً وذاك يخجل بالمجاهرة بالدعوة الى السكر فهم اشد ضرراً بالمجتمع وبانفسهم لان سمهم الذي يرشقونه في اجسادهم يفعل مع مرور الزمن ما لا تفعله سكرة بل سكرات .

السكر عاصفة تمر بالجسد وقلما تؤذيه أذية لا يستطاع اصلاحها لان الوقت ينفسح له للدفاع وترميم ما اتلف فيه وادمان الخمر دودة تنخر جسد الشاب فلا يلبث ان ينهار ويندك .

ولا تظنوا ايها السادة انني اجنح الى الغلو في كلامي لانني مهما اسهبت في ترذيل ادمان الخمر فلن ابلغ الدرجة التي تستحقها هذه العادة .

انظروا الى ذاك الرجل وقد شحم بدنه واحتقن وجهه لأقل تأثر وتوسعت العروق الشعرية في وجنتيه وارتعش صواراه اي ملتقيا شفتيه ارتعاشات ليفية وجف جلده وتوسف وشحب. انظروا اليه وقد نهض من فراشه صباحاً ولم يكد يطأ الارض بقدميه حتى اخذه الغثيان وشعر بدوار

وحصر شديد لا يطاق واذا به يركض مسرعاً الى دنو فيقيء فيه قياء قد يكون بدون عناء او جهد ويقذف من فيه مادة مخاطية بيضاء خالطة لزجة تكاد تكون شفافة او خضراء شديدة المرار ثم تأخذه نوبة سعال ويحتقن وجهه وعيناه .

فماذا اعتراه وما حل به انه يدمن الخمرة منذ زمن مديد وما هذا القيء المخاطي صباحاً الاّ عرض من اعراض الانسمام المزمن .

انظروا الى آخر وقد اعترته ارتعاشات حين نهوضه من النوم فارتجفت يداه وشفتاه ووجهه ولسانه وتشوش كلامه انظروا اليه وقد أخذه الدوار وتشوشت رؤيته فخيل اليه ان ما حوله من الاشياء يدور وان سحابة تغشي عينيه .

انظروا اليه وقد شكا نملاً ومذلاً ومعصاً وحس احتراق ولا سيما في طرفيه السفليين .

انظروه يتقلب في فراشه كأنه قد افترش النار لان هذه العوارض قد اشتدت عليه فحرمته الكرى وسرقت من عينيه النوم انظروه وقد تمثلت امام عينيه تهاويل ومشاهد مخيفة راعبة ، اشباح تحيط به وحيوانات مفترسة تنقض عليه لتمزقه بمخالبها ومعارك قد احتدم لظاها وهوات سحيقة لا يعرف قرارها قد انفتحت امامه ولا يجد الى الافلات منها سبيلاً .

هذا المشهد المؤثر هو مشهد الكحولي الذي ادمن الكحول وعاهد احدهما الآخر ان يبقيا متضامنين متحابين حتى النهاية انه لحب أعمى هـذا الحب الذي يضحي به المحب بنفسه فداء حبيبه ولكنه حب جنوني لان هذه

التضحية لا تفيد ذاك الحبيب بل يضحى بها العاشق ويهزأ المعشوق .

ولا تظنوا ايها السادة ان هذا المشهد هو المشهد الفرد الذي يمثله الكحولي انه يمثل مشاهد اخرى تبين لنا بجلاء فعل هذه العلة في الاعضاء الرئيسة جميعها ولست ارغب ان اسهب في هذا البحث لان تمثيل هـذه المشاهد يستغرق وقتاً ليس بالقليل ولكنني اكتفي بعرض مشهدين يبينان لكم فظاعة فعل الكحول .

ترون شاباً في زهرة الحياة في الخامسة والعشرين من عمره ممتلئاً نشاطاً متورد الوجنتين قد حشا دماغه علوماً ونال احدى شهادات المدارس العالية يشتغل ليلًا ونهاراً وهو لا يعرف للتعب اسماً ، يمارس الالعاب الرياضية ويفتح عينيه على جنة هذا العالم فيراها وروداً مفتشاً فيها عن وردة لطيفة المنظر شذية الرائحة يشمها ويختارها ويقتطفها ، كله آمال بالمستقبل يضع الخطط ويعد المعدات لبلوغ المقامات السامية .

انظروه في الخامسة والثلاثين بعد ان مرت عليه عشر من السنوات فقط في تلك السن التي يبلغ فيها الجسد اشد قوته والعقل اسمى مرتبته واذا به محتقن الوجه مزرقه يلهث اذا صعد سلماً فيضطر الى الاستراحة مرتين او ثلاث مرات قبل ان يبلغ اعلاها يجلس الى مكتبه ليطالع مؤلفاً جديداً فيعتريه صداع شديد ويتشوش نظره فيترك كتابه وينطرح على كرسي طويل مخففاً عنه . يتناول طعامه عند الظهر فاذا به قد ازرقت يداه وعلا انفه لون بنفسجي واسرع تنفسه وازدادت دقات قلبه ومذلت يداه ونملت قدماه يأوي الى فراشه مساء لينام مؤملًا ان يلاقي الراحة في السرير وان يستعيد

القوة التي افقده اياها ذلك النهار المضطرب فاذا بالاضطرابات قد اقضت مضجعه اذا به لا يستطيع الاضطجاع لان نفسه يضيق ولان الاختناق يهدده اذا ما اخذ وضعة افقية فينهض وقد هاله ما هو فيه ويغمض عينيه متطلباً الراحة وهو جالس متمنياً ان ينام ساعة واحدة وهو في هذه الوضعة القلقة فلا يجد للنوم سبيلًا ، يعد ساعات ليله وكلما مرت ساعة يؤمل ان تكون الثانية اشد رأفة به من اختها فيرى الساعات جميعها على وتيرة واحدة يدير لحاظه في تلك الغرفة لعله يجد من يسليه بحديثه العذب فلا يجد سوى الجدران الاربعة ينهض من فراشه ويذهب الى غرفة والدته التي تضع فيه كل آمالها مؤملًا ان يخفف حديثها كربته وقلقه فيجدها غارقة في بحر النوم الهادئ وهي قد بلغت عتبة الستين ، هي ساكنة هادئة وهو مضطرب ، هي نائمة ملء عينيها وهو قلق يعود الى غرفته . وقد ساورته افكار الانتحار غير انه يقف مذعوراً بازاء الموت وترتعد فرائصه واذا بالفجر قد انبثق واذا بالطبيب قد استدعي فما الذي اصاب شابنا النشيط ؟ اصابه التهاب في عضلة قلبه وتصلب فيها وما سبب ذلك التصلب الا ادمان الكحول. وهل تشفى علته ؟ ربما تخف وطأتها اذا لم يذق شراباً مسكراً بعد الآن غير ان الامر مشكوك فيه .

هذا مشهد كثير الحدوث يراه الطبيب في كل يوم ، يرى اولئك الشبان وقد صلبت عضلة قلبهم ولا يجد لصلابتها معللًا من الامراض سوى الكحول فيا لهول هذه المادة ويا لفظاعة هذه العادة القبيحة .

هناك رجل آخر لم تدس قدمه عتبة الاربعين حتى انتبجت قدماه وانتفختا واخذ بطنه بالامتلاء فظن ما به صحة وعافية غير انه لم يلبث ان اعترته آلام

فيه لحرمته لذة النوم واقضت مضجعه ترافقها اقياء صفراوية ونوب حمى متقطعة وضيق نفس وازرقاق في الوجه والاطراف وحصر وقلق واضطراب فما الذي اعتراه وهو لم يكن يشكو ألماً منذ بضع سنوات ولا يدفع للمرض جزية انه اصيب بكهبة الكبد او تصلبها اذا شئتم فضخمت وآلمت واختلت وظائفها الكبيرة العجيبة التي وقف الانسان حائراً معجباً بحكمة الخالق وقدرته اذا ما تأمل فيها، اجل اختلت في كبده وظيفة افراز الصفراء فلم تعد تبعث بهذه المادة المعدة لهضم المواد الشحمية الى الامعاء فاختل انهضامها واختمرت ، اختلت في كبده وظيفة تعديل السموم فلم تعد السموم الغذائية تجد في ذلك المعمل الكيماوي العجيب ذلك البواب الساهر النشيط الذي يقف فيه جميع ما يرد على الجسد من المواد السامة ليعدلها مانعاً اياها عن الانصباب في الدورة الدموية وسمّ البدن اختلت في كبده وظيفة الافراز الداخلي العجيبة التي تبعث بهذا المفرز الغريب فتفعل به فعلاً لم يكن الطب يدرك كنهه قبل بضع عشرات من السنوات كل هـذا قد اختل وتبلبل وتشوش لان الكحول قد آذى خلية الكبد واتلفها ولان الخلايا الضامة قد حلت محلها فصلبت الكبد وضخمت

انه اصيب عدا هذا بالتهاب الكلية الكحولي فصلبت كليته وتشوشت تلك المصفاة العجيبة في صنعها التي يجدّ العلماء في النسج على منوالها فيعودون خاسئين وما ذلك الا لان تلك المصفاة حية تمرّ بها المواد المضرة من الدم فينقى ولا تجتازها المواد النافعة للبدن ولان مصفاتهم لا حياة فيها ، قد تمزقت تلك المصفاة قد اتلفها الكحول فساءت وظيفتها وانحبست المواد السامة في الدم فسمّ

هذا مشهد ثانٍ من فظائع الكحول واني اضرب صفحاً عما يمثله الكحول في جسد الانسان من المشاهد الاخرى . غير أني اقول باختصار انه ما من عضو في جسدنا الا ويلهبه الكحول ويؤذيه ولا سيما الخلايا العصبية خلايا الدماغ والبصلة والنخاع الشوكي والاعصاب المحيطية هذه الخلايا اللطيفة في نسجها الدقيقة في بنائها انها تتأذى تأذياً كبيراً وتتلف وتصاب بالالتهابات التي لا حيلة للطب فيها متى ادمن الشخص الكحول وان المشاهد التي تنجم من التهابها فظيعة تقشعر لهولها الابدان غير ان الوقت لا ينفسح لي لتمثيلها امامكم واطلاعكم عليها .

الكحول يؤذي الشرايين المرنة فيصلبها ويعلي التوتر الشرياني فيختل نظام الدوران وتعود تلك الشرايين سريعة العطب فتتمزق ويحدث النزف فاذا وقع في الدماغ كان الفالج ، واذا غزر النزف كان السبات فالموت .

الكحول يؤذي الغدد ذات الافراغ الداخلي : (الخصية والغدة الدرقية والنخامية والكظر والغدة الصنوبرية) التي تدير عمل الاعضاء الرئيسة وتنظم حركتها فان هذه المفرزات تنظم حركة القلب وتوسع الشرايين وانقباضها وترأس حركة التغذية في الجسد وتجدد الشباب فاذا ما آذى الكحول هذه الغدد وهو يؤذيها الاذية الشديدة اختل نظام الجسد جميعه وتبلبل هذا الكيان العجيب وكانت الشيخوخة الباكرة فالموت العاجل .

كل هذا يفعله الكحول واكثر الناس مولعون به مباهون بشربه ولو ان فعل الكحول ينحصر في الشارب نفسه لخفت البلية فان الشخص ولو لم تجز له القوانين المدنية التصرف بجسده كيف شاء فانها قد اجازت له ان يؤذيه

اذية مستترة بتعاطي بعض السموم ومنها الكحول عدا بعض الحكومات التي منعتها فلاقت من منعها فوائد كبيرة لا يستطاع حصرها .

قلت لو ان فعل الكحول ينحصر في الشارب فقط لهان الامر غير ان فعله يتجاوز الشريب الى نسله وهذه هي الجناية التي لا تغتفر ان الشريب يلقي في البشرية اولاداً قد وصمت جباههم برذيلة آبائهم يترك اولاداً نحلى الاجسام هازلين مدنفين مسلولين مصابين بعاهات الجسد الغريبة العجيبة يترك اولاداً خاملي العقل مشوشي الادراك بلهاً مختلي الاعصاب مصروعين مهروعين ميالين الى اقتراف الشرور والموبقات متجهين كآبائهم الى معاقرة الاشربة الكحولية يلقي بهم في هذه البشرية عالة عليها ويؤخر بعمله سير هذا المجتمع عن الرقي . ان هذه الجريمة لعمري من اعظم الجرائم التي يقترفها انسان عاقل واذا لم يكن للكحول من ضرر سواها . لحق لنا ان نخاف الكحول ونقلع عنه مرددين مع الشاعر الحكيم .

واهجر الخمرة ان كنت فتىً كيف يسعى في جنون من عقل

بعض الاراء الحديثة في العلم الحاد

حينما يبحث المؤلفون في العله يكثرون من البحث في اضرار العله المزمن كانه هو النوع الخطر المقصود وحده . وقد يظن بسبب ذلك ان عواقب التسمم الحاد اخف وطأة او انه اذا زالت المادة المسكرة التي تجرعها العلهان من جسمه باجهزته المفرغة ولم يعد الى استمالها لا ينتج عنها كبير

ضرر غير ان الابحاث الحديثة تكشف لنا بين حين وآخر اضرار العله الحاد وتميط اللثام عن عمل ام الخبائث حتى ولو لم تستعمل الا قليلًا وبفترات بعيدة لا في الشخص نفسه فحسب بل وفي اولاده ايضاً: ان من الامور المسلم بها هو ان العله المزمن يورث الصرع في نسل المبتلي . وقد تبين اخيراً ان العله الحاد لا يقل عملًا في توليد الصرع عن العله المزمن ولاسيما عله الاباء . وقد اتضح لمولّر (Muller) ان المواقعة في حالة السكر تنتج نسلًا مصروعاً فقد تقصى المؤلف المذكور في ٨٤٧ حادث صرع اتضح له منها ان تخلق المصابين المذكورين يناسب ايام الاعياد التي يكثر فيها السكر وقد كان اباء هولاء المرضى غير مبتلين بالانسمام الكحولي المزمن بل كانوا يتناولون المسكر بكميات معتدلة ايام الاعياد فقط .

فالسكر ولو لم يقع الا مرة واحدة تصحبه اضطرابات حشوية مختلفة باختلاف الاشخاص منها آلام المعدة واحتقان الكبد وحالة قريبة من اليرقان . ويساعد السكر على ظهور الانتانات وقد يولد نزفاً سحائياً وينبه نوب الصرع ولا يبعد ان يكون قتالاً .

المخدرات واضرارها

تدخل في نطاق البحث عن المسكرات وهي محرمة في الاسلام لانها مسكرة وكل مسكر حرام وهي كثيرة، منها :

الكوكائين : يشبه عليه عله الغول وللتسمم به شكلان ، شكل حاد وشكل مزمن

العله بالكوكائين : يبدو أثر احتقان الشخص بتلك المادة او استنشاقها فيعود خدوشاً هلوعاً ظنوناً واهماً يخيل اليه ان اثاث الغرفة اصبح حيوانات مرعبة وان ما حوله من الاشخاص مشوهون تشويهاً مخيفاً وان ما في غرفته من صور تنطق وتتحرك فترعبه . وتتجلى عنده الاوهام اللمسية واضحة فيشعر بان اسراباً من الحشرات وجيوشاً من الديدان وانواعاً منوعة من حيوانات او جمادات صغيرة تحتل ادمته وترتع تحت جلده فتذيقه من العذاب انواعاً . وعاقبة الكوكائين شبيهة بعاقبة التسمم الكحولي وآخرة المصاب دنف مميت .

ويخلّف المصابون بالعله الكوكئيني نسلاً طالحاً فيه استعداد الكثير من الامراض .

الافيون : ينتج من السكر الحاد به وهن عضلي وميل الى الراحة والسكون وارتعاش في الايدي وتلكوء في السير وابطاء في النبض وفساد في نظمه وحكة في الجلد واسراع في التنفس وهيجان عصبي واحتقان في الرأس ورؤية خيالات. ولا يلبث ان ينام المبتلي نوماً ثقيلاً مشوشاً مضطرباً وحينما يستيقظ تبدو حركاته صعبة وقواه خائرة وسحنته بهيمية وشهوته للطعام مفقودة .

اما علامات ازمان الابتلاء به فهي اضطراب النوم والتزنيق اي مخالطة النعاس العين وآلام الرأس ، واتساخ اللسان ، اضطراب الانبوب الهضمي ضياع بريق النور في العين ، خور غريب وكثرة افراز العينين والانف سيلان مخاط من الاعضاء التناسلية وعنة وهزال في الجسم وضعف في

قوى العضلات وآلام شديدة فيها ثم تخور القوى وتتبدل السحنة فتنم عن بلادة وبلاهة وتحاط الاجفان السفلى باطار مسود وتتقعر العينان ويصبح منظرهما دالاً على غباوة وذهول ويبدو المبتلى شيخاً رغم حداثة سنه . ثم يصاب بقيء ما يتناوله من الاطعمة والاشربة وتعتريه الام معدية ويضطرب قلبه ويعسر تنفسه ولا يلبث ان يموت مما اصابه .

الحشيش — يولد تدخين المقادير الجزئية منه او بلعها في بادىء الامر ميلًا الى الحركة واجة في المعدة وحس احتراق في الصدر ويتلو ذلك ثقل في الرأس ومذل في العضل ووخز فيها ونقص في حس السمع واضطراب فيه فيشعر المحشش بطنين في الاذنين او بصوت ماء غالٍ او بضغط على صدغيه

واذا كانت المقادير المأخوذة منه معتدلة ينتج عنها حَصَر ووعكة عامة ودوار وحس اختناق وجفاف في الفم واضطراب في الملكات العقلية ناتج من تهيج الدماغ ويبدو ذلك بهذيان المصاب وتجسيمه الخيالات والوقائع القديمة تجسيماً يظن معه كأنها تقع امام عينيه ويكثر لغطه ولغوه ويعود غير معقول ولا مفهوم ويتتابه الهذيان نوباً عديدة تفصل بينها فترات هدوء قصيرة الأمد .

ويفقد المحشش قوة التفكير وتقدير الزمان والمكان والمسافة . ويتلو هذا الزمن الهذياني زمن نوم هادىء او مقطع بكوابيس ويصحو متجرع هذه المادة من نومه بعد بضع ساعات ويستطيع ان يذكر ما تخيله .

واما اذا كان المقدار المتناول كبيرا فيكون الهذيان شديداً وتصحبه افعال خطرة ثم يقع المتجرع في سبات عميق يصحو منه بعد بضع ساعات ويبقى

تعباً منهوك القوى عدة ايام .

وينتج من اعتياد تناول الحشيش تبدل في سحنة المصاب اذ يبد وعبوساً سوداوياً او ابله غبياً ، غارقاً في احلامه مضطرب الحركات فاقد الارادة غير قادر على تعاطي اي عمل ثم ينحل جسمه وتضعف قواه ويصاب اخيراً بالجنون .

وعدا ذلك توجد أدوية مخدرة كثيرة ينتج من استعمال كل منها من الخبائث والكبائر والاضرار في الفرد والمجتمع والنسل ما لا تكفي مجلدات ضخمة لشرحه وتبيانه .

الميسر واضراره والاجتماعية والصحية

حرم بالتدريج كالخمر. والميسر هو القمار واشتقاقه من يسر اذ اوجب او من ايسر بمعنى السهولة لانه كسب بلا مشقة ولا كد أومن اليسار وهو الغنى لانه سببه للرابح او من اليسر بمعنى التجزئة والاقتسام .

قال الازهري الميسر الجزور (الجمل) كانوا يتقامرون عليه سمي ميسراً لانه يجزأ اجزاء فكأنه موضع التجزئة وكل شيء جزأته فقد يسرته والياسر الجازر اي لانه يجزيء لحم الجزور ثم صار يقال للمتقامرين جازرون لانهم سبب الجزر والتجزئة هذا هو الأصل . واما كيفيته عند العرب فهي ان كان لهم عشرة قِداح وهي الازلام والاقلام و الفذ والتوأم والرقيب والحلس والمسبل والمعلى والنافس والمنيح والسفيح والوغد ـ لكل واحد من السبعة الاولى نصيب معلوم من جزور ينحرونها ويجزؤنها عشرة اجزاء او ثمانية

وعشرين جزءاً وليس للثلاثة الاخيرة شيء فللفذ سهم وللتوأم سهمان وللرقيب ثلاثة وللحلس اربعة وللنافس خمسة وللمسبل ستة وللمعلى سبعة وهو اعلاها. وكانوا يجعلون هذه الازلام في الربابة وهي الخريطة ويضعونها على يد عدل يجلجها ويدخل يده فيخرج منها واحداً باسم رجل ثم واحداً باسم رجل الخ فمن خرج له قدح من ذوات الأنصباء اخذ النصيب الموسوم به ذلك القدح ومن خرج له قدح لا نصيب له لم يأخذ شيئاً وغرم ثمن الجزور كله وكانوا يدفعون تلك الانصباء الى الفقراء ولا يأكلون منها ويفتخرون بذلك وقد نظم بعضهم هذه الاسماء فقال :

كل سهام الياسرين عشره فاودعوها صحفاً منشرة

لها فروض ولها نصيب الفذ والتوأم والرقيب

والحلس يتلوهن ثم النافس وبعده مسبلهن السادس

ثم المعلى كاسمه المعلى صاحبه في الياسرين الأعلى

والوغد والسفيح والمنيح غفل فما فيها يرى ربيح

وقد اختلفوا أهل الميسر ذلك النوع من القمار بعينه ام يطلق على كل مقامرة ولكن لا خلاف في ان كل قمار محرم قطعاً الا ما اباح الشرع من الرهان في السباق والرماة ترغيباً فيها (الاستاذ المرحوم الشيخ رشيد رضى)

وقد جاء في الميسر ما جاء في الخمر كونه يورث العداوة والبغضاء ويصد عن ذكر الله وعن الصلاة التي هي عماد الدين وهذا ظاهر لا مشاحة فيه ثم انه طريق لأكل اموال الناس بالباطل اي بغير عوض حقيقي من عين او منفعة ومن مضراته افساد التربية بتعويد النفس الكسل وانتظار الرزق

من الطرق الوهمية واضعاف القوة العقلية بترك الاعمال المفيدة في طرق الكسب الطبيعية واهمال الياسرين (المقامرين) للزراعة والصناعة والتجارة التي هي اركان العمران ومنها ما هو اشهرها تخريب البيوت فجأة بالانتقال من الغنى الى الفقر في ساعة واحدة .

يبذل المقامر ماله المملوك له حقيقة على وجه اليقين لاجل ربح موهوم ليس عنده وزن ذرة لترجيحه على خطر الخسران والضياع والمسترسل في اضاعة المحقق طلباً للمتوهم يفسد فكره ويضعف عقله ولذلك ينتهي الامر بكثير من المقامرين الى نحر انفسهم وقتلها غماً او الرضى بعيشة الذل والمهانة

ويحكى ان رجلاً عاقلاً رأى من ولده ميلاً الى المقامرة لمعاشرته بعض اهلها فلما حانت وفاته وخاف ان يضيع ولده ما يرثه عنه وعلم ان النهي لا يكون الا اغراء قال له يابني اوصيك اذا شئت ان تقامر بان تبحث عن اقدم مقامر في البلد وتلعب معه فطفق الولد يبحث ويسأل وكلما دل على واحد علم منه ان هناك من هو اقدم منه حتى انتهى به البحث الى شيخ رث الثياب ، ظاهر الاكتئاب ، فعلم من حاله ومقاله ان مآل المقامر الى اسوأ مآب ، وان والده قد اجتهد بنصيحته فاصاب ، وانه اوتي الحكمة وفصل الخطاب ، ورجع هو الى رشده وأناب ، فلم يدخل بيت المقامرة من طاق ولا باب .

ويشترك الميسر مع الخمر في ان متعاطيهما قلما يقدر على تركهما والسلامة من بلائهما فكلما ربح صاحب الميسر طمع في الزيادة وكلما خسر طمع في تعويض الخسارة ويضعف الادراك حتى تعز مقاومة هذا الطمع الوهمي وهذا اشر ما في جريمتي الميسر والخمر .

كتب جديدة

تاريخ الطب في العراق وتقدم الكلية الطبية فيه

تأليف

الدكتور هاشم الوتري و الدكتور معمر خالد الشابندر
عميد الكلية سابقاً احد خريجيها

أهدي هذا الكتاب الى خزانة معهدنا الطبي وعهد الينا بتقريظه فلبينا الطلب مسرورين مغتبطين لان كل خطوة يخطوها قطر عربي لها صدى مستحب عندنا فكيف به اذا كان القطر المحكي العراق الذي ابلى في سبيل العروبة بلاء حسناً بجنوده البواسل ثم عاد الى العمل في الدائرة العلمية فنفخ اساتذته مع زملائهم اساتذة معهد الطب الدمشقي في لغة الطب روحاً جديداً فحرروها من العجمة والرطانة ووضعوا كلمات موافقة للمصطلحات الجديدة فاثبتوا للعالم فساد تلك الفكرة القائلة بان لغة العرب لا تصلح للتعليم العالي حتى اصبح اشد اخصام هذه الفكرة في السابق من اكبر انصارهـا اليوم

هذا واذا كنت اغتبط بان يعهد الي الاستاذ مرشد بك خاطر بتقريظ هذا الكتاب وان يطلب مني ان اكتب في صدده ما يكنه صدرانا فقد كنت افضل ان يعفوني من ذلك وان يقوم بهذه المهمة هو نفسه لانه من خيرة من حملوا اليراعة فاستعملوها بكل براعة ومن كُبّار خدام لغة العرب والعروبة وله فوق ذلك من طلاوة الاسلوب والقدرة على اظهار ما في قرارة النفوس من الاعتزاز بنهضة بلاد الضاد ما لا استطيع ان اجاريه

به ولكنه اعتاد حضرته ان يكلفني ما في وسعي عملاً بالقاعدة العربية المشهورة اذا اردت ان تطاع فسل ما يستطاع واعتقدت ان امتثل اليه ففعلت وهممت بالكتابة فاذا بذكريات كثيرة تجول في ذاكرتي واجملها نهضة العراق الحاضرة علمياً وسياسياً واقتصادياً .

وما هذا الكتاب الذي كلفنا بتقريظه الا برهان دامغ على تلك النهضة فقد صدره موءلفاه برسم حضرة صاحب الجلالة المغفور له الملك فيصل الاول موءسس الكلية ورسم حضرة صاحب الجلالة المغفور له غازي الاول المعظم حامي الكلية واستهلاه بمقدمة ذكرا فيها الغاية من الرسالة وهي قص تاريخ الثقافة الطبية في ربوع الرافدين ، يوم كانت بغداد جنة الدنيا ومحط العلم ، ومجمع العلماء والدارسين ، بغداد التي كانت حلقة الوصل بين العقل البشري في سحيق الاجيال وبينه في هذه الحقبة الحديثة التي حملتها بلاد الفرنج بعد ان حملها اجدادنا ردحاً طويلاً من الزمن كانوا فيه سادة الارض وحملة الثقافة وسدنة العلم والعرفان. اتى الموءلفان في رسالتهما النفيسة على ذكر المدرسة الطبية العباسية في بغداد وبحثا عن اشهر الاطباء والمترجمين العرب من الذين اقاموا اساس الطب في العراق ونوها عن حث الخلفاء على اكتساب العلماء وتشجيع العلم وبث الحضارة وذكرا اهم البيمارستانات التي اسست في زمن العباسيين ثم جاءا اخيراً على ذكر تأسيس الكلية الطبية الملكية وتدرجها في الرقي سنة بعد سنة في عهد دولة العراق الفتية كما ابتدأا بذكر مدرسة بغداد الطبية في العهد العباسي .

وقد جاء في البحث عن الدراسة الطبية في بغداد على عهد العباسيين ان

النسطوريين حملوا الطب اليوناني الى العراق. وانشأ النسطوريون في فارس مدرسة جنديسابور الشهيرة التي يصفها المؤرخون بانها مهد الطب الاسلامي وكانت العرب تعرف مدرسة جنديسابور وقد درس فيها طبيبهم المشهور الحارث بن كلده.

وقد اكرم الخلفاء العباسيون علماء واطباء جنديسابور فحبب ذلك اليهم الرحيل الى بغداد ولما رأى الخلفاء اجتماع اهل العلم شرعوا بتأسيس المدارس الطبية والبيمارستانات في مدينة السلام وهكذا انتقل مركز العلم من جنديسابور الى بغداد واسست اول مدرسة طبية في بغداد.

اما الكلية الجديدة فقد نضجت فكرة تأسيسها سنة ١٩٢١ وشعرت مصلحة الصحة العراقية بلزوم اخراج الفكرة الى حيز العمل فباشرت بذلك في السنة ١٩٢٥. وكان جلالة المغفور له الملك فيصل يتتبع بدقة وعناية فائقتين تطور هذه الفكرة وقد امر جلالته في ٦ تشرين الثاني ١٩٢٦ رئيس ديوانه بتسطير كتاب الى فخامة رئيس الوزراء ومما جاء فيه:

ينتظر حضرة صاحب الجلالة من فخامة رئيس الوزراء ان يشير على وزارة الداخلية بتخصيص المال اللازم في الميزانية الجديدة لتحقيق هذا الطلب في اقصر وقت،

وكانت هذه العناية الملكية سبباً قوياً مباشراً في التعجيل بفتح الكلية. والكلية اليوم في عامها الثاني عشر تتدرج في الرقي بخطى واسعة وثابتة. هذا واذ كنا نسر بفوز العراق الدولة العربية الفتية بمعهده الطبي فما ذلك الا لانه مظهر من مظاهر ظفر العرب في احد اقطارهم العزيزة حرس الله عز وجل مليك الرافدين فيصل الثاني بعنايته وحقق الله آمال رجال العروبة في جميع الاقطار العربية.

شوكة موفق الشطي

الجزء ٤ المجلد ١٤

مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في تشرين الاول سنة ١٩٣٩ م . الموافق لشعبان سنة ١٣٥٨ هـ .

الألم والجراحة

للعليم لوسركل ترجمة العليم محمد وحيد الصواف

ما هو الألم في نظر الجراحة ؟ جرب ليريش في دروسه القيمة في كلية فرنسة جلاء غموضه بضم اعماله الى اعمال من سبقه من الاساتذة الذين عالجوا هذه القضية المعقدة من مبحث فن المداواة بطرق مختلفة . لا نعرف عن الألم الا القليل وكل ما فيه تقديري ولا تستطيع حواسنا ادراك كنهه فلا نفهم منه شيئاً الا بعد ان نحس به بانفسنا وما اوصافه التي يذكرها المتألمون الا من صنع مخيلة هؤلاء وما هي من الحقيقة على شيء .

لقد حدد الطب ولا شك تفرعاته وبين قيمته السريرية في المرض ووجد طرائق دوائية تخفف من وطأته . فبحث الفرائزيون عن سبله ورسموا سحنة لجهاز الالم بمحرضاته وطرق وصوله ومراكز نشأته غير ان الالم في المخبر لا يشبه الالم في المرض ففي الالم شيء آخر غير تحريك جهاز لا تأثير له في الحياة .

وليس الالم واحداً بل هو نوعان كبيران : الآلام التي توافق مناطق التوزع المحيطي لعصب من المجموعة الدماغية الشوكية والآلام التي لا توافق منطقة عصبية معينة وهي آلام مبهمة التوزع ومبهمة الحدود تمتد يوماً بعد يوم وتؤثر بسرعة في العواطف والنفس، ولا تنشأ هذه الآلام المختلفة المظاهر في جهاز واحد .

وليس الالم واحداً في جميع الاشخاص ولسنا جميعاً سواء تجاهه فيقال فلان يحتمل الالم وفلان يشكو لاقل شيء . فالارادة والطبع ، والجنس تدخل جميعها ولا شك في احتساس الالم .

فعلينا اذاً ان نعرف عن توليد الالم ومظاهره شيئاً آخر غير بنية الاجهزة ولنفتش بعيداً عنها ، في شروط الالم الغريزية المرضية، وفي العوامل الشخصية عن اسباب ظهوره وشدته .

بين ليريش الدور الكبير الذي يلعبه تحرك الاوعية في خلق الالم وكيف ان هـذا يتبع حالة افراط ، سواء أمن حيث النوع او المدة ، في قبض الاوعية او توسيعها .

ويعرف المرضى جيداً ان الحرارة والبرودة اي حفل الدم او فقره تزيدان او تنقصان ألمهم: فاذا ما خضبنا بالنوفوكائين ، في ألم من النموذج الدماغي الشوكي مستقر في احد الاطراف ، العصب الودي الموافق ، زال الالم . فتخدير زمرة عصبية يحذف الالم المستقر في زمرة عصبية أخرى فكيف يكون ذلك ؟

وقفنا عمل الودي فبدلنا شروط الدوران . فليس الالم اذاً نتيجة بسيطة

لنقل تنبه الى المركز بل تؤثر فيه تبدلات تحرك الاوعية خاصة متى كان التبدل الانقباض .

ماذا يحدث تخضيب الودي ؟ انه ينهي مقوية العصب فيحذف لساعات او لبضعة ايام خاصة انقباض الاوعية في ناحية معينة بجعله فيها توسيعاً وعائياً فاعلاً . حذف الانقباض الودي فزال الالم فالالم: اذاً متعلق بالودي.

وما نعرفه من جهة اخرى يدفعنا الى الاعتقاد ان استعداد بعض الاشخاص للتألم ، وفرط حسهم الطبيعي ، وآلامهم نفسها، عائدة جميعها الى قيمتهم الودية

ولكن الودي ليس كل ما في الامر ، فالرسل تدخل ايضاً وقد تعمل بتأثير الودي لان الرسل والودي يشتركان دائماً في العمل وقد تفعل ايضاً مباشرة بفعلها الكيمياوي الخاص . نعلم ان توازن نسبة الكلس في الدم وفي النسج ضروري لانتقال الحس وتوازن الكلس يعني نظائر الدرق .

قد يحرر فرط افراز الدرق ، دون ان يصل الى النقص الشامل الذي يشاهد في التهاب العظم الليفي الكيسي ، كميات غير طبيعية من الكلس يصعب اظهارها ولكنها كافية للاخلال في النسج عن بعد ، بزيادة الكلس في الاخلاط ، واختلال تمثل الكلس هذا يخلق مرضاً عاماً ذا استقرارات عديدة قد تكون بحسب الحالة جلدية او كلوية او وعائية أو قلبية .

ومثله ايضاً نقص افراز الدرق الذي قد يحدث بالقصور الكلسي الذي يسببه تأثيرات في حياتنا النباتية نجهلها حتى الآن. فنظائر الدرق ، زاد الكلس او نقص، تلعب دوراً في تنظيم والحسيات في قابلية التألم وفي توليد الالم .

وما يقال في نظائر الدرق يقال في الكظرين اللذين يفرزان رسولاً

قابضاً للاوعية . وقد شاهدنا ان قطع نسيج الكظر الخاص يزيل حالاً وللأبد آلام مختلي الدوران الشديدة . وقد تنظم الرسل التناسلية الحس اذا ما سلمنا بتأثير الجرابين الذي حقن ليريش به المرأة في بعض الحالات المؤلمة .

كما انه يمكن لكثير من الاشياء الاخرى ان تؤثر في نوع الحس: التغذية، الحيوينات ، المناخ وبالاجمال كل ما يمكنه تحريك المنعكسات الظرفية (reflexes conditionnels)

لم يكن للانسان لتسكين آلامه سوى الحشائش وبعض المشروبات المسكنة . ثم منذ خمسين سنة نفحت الكيمياء وفن الصيدلة، الطب بمجموعة غريبة من المسكنات والمخدرات الموضعية ، واتت الاشعاعات ذات التأثير المسكن للألم . وعلى الرغم من كل هذا . على الرغم من الاشعة والتيارات والحقن بقيت أمراض لا يخففها شيء ، فهناك امراض يعود الألم فيها اشد مما كان عليه قبل استعمال المسكن وامراض يعتاد البدن فيها بسرعة السموم، وامراض لا تخضع لتأثير العلاجات . وهذه الامراض هي ما اوحت بطريقة معالجة الالم بالجراحة .

بدأت جراحة الألم بعمليات هورسلاي على عقدة غاسر وبقطع الجذور الخلفية الذي اجراه البي ومنذ ذلك الحين تكاثر قطع الاعصاب لحذف الألم في جميع البلدان .

يعتقد اكثر الجراحين ان جراحة الالم تقوم بقطع السيال العصبي على ارتفاع مختلف كما يقطع مجرى دم بربط شريان لذا بقيت عمليات قطع الاعصاب ،

قطع الجذور ، قطع الحبال حتى السنوات الاخيرة العمليات الوحدة . وفي الحقيقة اذا تمكنا من اتباع المرضى رأينا ان جميع حادثات قطع الاعصاب المحيطية تخيب بعد مدة طويلة وهذا امر طبيعي . فان العصب المقطوع يكون في حذاء نهايته العليا ورماً دبقياً عصبياً (névrogliome) . وهذه الكتلة من المحاور الاسطوانية الملتفة تؤثر فيها بعد مدة طويلة بفعل تبدل تحرك الاوعية ، وفعل العضلات ، تنبيهات تذهب الى المركز فتجدد فيها المرض الاول او تخلق فيها مرضاً جديداً . مثال على ذلك: المبتورون الذين يتألمون ولا ينجو من هذا المحذور سوى عمليات قطع الاعصاب في حذاء المراكز وهذا سر النجاح الذي نلاقيه في القطع وراء عقدة غاسر .

وخيبة قطع الاعصاب الخلفية، مع الزمن ، اكثر من نجاحها. ويؤدي قطع الحبل الخلفي ايضا الى كثير من العواقب السيئة فانه يزيل آلام المبضوعين ولكنه يحدث فيهم ألماً جديداً كالألم السابق تقريباً ويزيد عليه، اضطرابات بولية خطرة . ونتائج جراحة الالم التي اقتصرت على العمليات على الطريق الحسي ، متوسطة اذا استثنينا منها العمليات على عقدة غاسر .

ويبشر الاتجاه الجديد اليوم بأحلى الآمال . فبدلاً من قطع الطرق الحسية يجرب التأثير فيها بحسب طرائق الجراحة الغريزية بالودي وبالغدد الصم. وهذا ما صنعه ليريش ؟ وقد فكر في السنة ١٩١٣ بقطع العصب الودي حول الشريان لمعالجة داء رينو وبعض الآلام الحشوية . واستعمله في السنة ١٩١٥ في معالجة الحراق (causalgie)وقد ادت به النتائج الى وضع فكرة قطع الشريان التي بين بها ان الشريان المسدود ليس الا عصباً ودياً

في شروط غير طبيعية. وقد مكنه درس النتائج الفريزية لهاتين العمليتين تدريجياً من عزل تنادر الانسدادات الشريانية . ومن هنا نشأت العمليات على الودي في الاضطرابات الألمية والاغتذائية الناجمة عن ربط الشرايين وفي الآلام التي ترافق بعض جروح الاعصاب ، وفي الآلام السابقة للغنغرينة في من التهبت شرايينهم ، وفي امراض انقباض الاوعية ، وفي الآلام الصاعدة بعد الرض وفي الآلام الحوضية والخ . .

وقد اوحى اليه حب الوصول الى مفعول مماثل أقوى واطول مدى بقطع الاغصان الواصلة (rameaux communicants)

ثم استعاض بعد ذلك عن قطع الاغصان باستئصال العقد وبقطع الاعصاب الحشوية واضاف الى العمليات على الودي العمليات على الغدد الصم: استئصال الكظر واستئصال نظيرات الدرق.

واخيراً نشأت طريقة التخضيب الموضعي بالنوفوكائين وتخضيب السلاسل الودية المباشر . فاتسع نطاق جراحة الألم - على الاقل لليريش وتلاميذه - فلم يعد مقتصراً على عمليات الطريق الحسي وحدها .

وقد ادخلت جراحة الغدد الصم في جراحة الالم امراضاً ذات تناذرات مؤلمة مركبة كانت تترك وشأنها قبل تلك الجراحة . ويخفف اليوم استئصال الكظر واستئصال نظيرات الدرق آلام التوتر الشرياني ، ويشفي اشكال تصلب الجلد الخطرة ويحسن بعض التهابات المفاصل العديدة .

وقد أدى بنا التخضيب بالمخدرات الموضعية في الاوثاء والندوب المؤلمة الى التعمق في درس الفريزة المرضيـة لبعض من التناذرات المؤلمة هي

غير ما كنا نظنه بالامس .

وتخضيب السلسلة الودية بوقفه المقوية الودية في ناحية كاملة ، يغير دفعة واحدة شروط الدوران وشروط حس الألم الغريزية فيها .

هذا هو موقفنا الحالي في موضوع الودي ولم يدر البحث حتى الآن الا عن الودي العقدي قرب الفقار وعن اغصانه المحيطية، اما ما بقي مجهولاً عن الألم فقد تحل مسألته الصعبة يوماً بدرس عميق للودي في داخل القناة الشوكية .

ومهما يكن من الامر فان على جراحة الالم، وان مرت بادوار البدء الصعبة، مهمة ليست سهلة دائماً . فقد تقوم باعمال عظيمة ولكن يجب عليها ان تخضع لبعض القواعد .

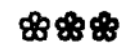
فالتشخيص السببي الواضح ضروري هنا اكثر منه في اي مكان آخر اذا لم نرد ان نسير الى خيبة محققة او اذا لم نرد ان نزيد في خطر ما نحاول شفاءه . ويجب ألاّ يكون في العمليات ضد الألم خطر على الحياة وان لا تؤدي الى علة خطرة (infirmité)

ولهذا كان انصار العمليات الودية القليلة التشويه كثراً . على ان يصنع ما يجب صنعه والاّ تقف امام الصعوبات .

ويجب بالخاصة التوسط باكراً والانتظار في التناذرات المؤلمة يسوقنا الى اجراء العمليات في اشخاص اعتلت اعصابهم او ادمنوا المخدرات فاصبح شفاؤهم ضرباً من المستحيل .

يستنتج مما تقدم ان هذه الجراحة الجديـدة — الجديدة بحرصها على

التحليل الغريزي وعلى النقد التجربي اللذين سيوصلاننا يوماً ما الى مفتاح اللغز – تبشر بمستقبل باهر. نعم انها لا تشتمل اليوم على عمليات قياسية ذات نتائج ثابتة : ففرضها متعدد ومركب ولكنها تفيد احياناً فوائد عجيبة وقد بينا ذلك في دمشق



المؤتمر الجراحي الفرنسي السابع والاربعون

«٢»

انسمامات الدم بالمكورات العنقودية

(اشكالها السريرية ومعالجتها)

لخصها العليم مرشد خاطر

بحث في هذا الموضوع جان باتيل من باريس ومواورو من مرسيلية وقد تناول الاول الدرسين السريري والحيوي والثاني المعالجة .

١ — الدرس السريري : يشتمل هذا الدرس على البحث في الاشكال الحادة والمزمنة التي تتمثل بها عفونة الدم العنقودية .

أ — الاشكال الحادة : هي نموذجان

الاشكال التي تتزيا بزي عفونة كبيرة : وهي المسماة الاشكال السامة للدم او التيفية ، حيث لا يستطاع كشف مصدر العفونة وحيث معاينات المخبر وحدها (ازدياد الكريات البيض ، كشف المكورات العنقودية في البول او الدم) تمكن الفاحص من الشك في السبب الحقيقي لهذه العفونة الشديدة الخطر .

الاشكال السريرية المعروفة السبب : وهي عفونات لا يقل خطرها على الحالة العامة من تلك غير ان العلامات الموضعية المعينة تمكن الفاحص من

معرفة سببها وتشتمل هذه الاشكال على :

انسمامات الوجه العنقودية الخبيثة : دمامل الشفة او الانف وجمرتهما الحميدة التي لا يجهل خطرها اذا اسيئت معالجتها فانها تفضي الى التهاب الجيب الكهفي سواء اتعفن الجيب بصمامة او تدريجياً باتباع اوردة الوجه وجوف الوقب .

الاشكال ذات التظاهرات الانتقالية المبكرة : وهي الحادثات التي تنضم فيها تظاهرات عظمية او جلدية صمامية المنشإ الى علامات عفونة خطرة ابتدأت منذ يومين او ثلاثة ايام فتتجه الانظار حينئذٍ الى مصدر هذه العوارض العنقودي . وتدخل في هذه الزمرة الاشكال السمية او المعفنة للدم . وهي نادرة ، كالتهاب العظم والنقي متى استقرت العفونة في العظم ، والحمامى البثرية المتقيحة اذا استقرت في الجلد . ولكن اياً كان الشكل المصادف فلا بدّ من الاستعانة بالمخبر لاثبات التشخيص :

معاينات الدم المكرورة وعد الكريات ورتبة خضاب الدم ، ومعايرة البولة .

التفتيش عن العامل المرضي في صديد البثرات ودم المريض وبوله .

ب — الاشكال الخفيفة الحدة : هي الاشكال التي تتفوق فيها التظاهرات الموضعية على انسمام الدم الذي لا تلبث اعراضه ان تنقشع خلافاً للاشكال الآنفة الذكر ،

تبتدىء عفونة الدم كما في الاشكال الحادة باعراض عامة خطرة راعبة غير انها تخف شيئاً فشيئاً في خلال اسبوع او اسبوعين او تأتي هجمات متتابعة منها ريثما يأتي يوم تظهر فيه عفونة انتقالية معينة فتجلو التشخيص . وهذه

الاستقرارات نوعان :

الاول منهما يستطاع ادراك آفاته بالجس او بالنظر ونذكر منها :

آفات الجلد : الخراجات الحارة البطيئة السير المستقرة في الاطراف

آفات العظم : منذ الخراجة تحت السمحاق حتى التهاب العظم الشامل المنخر .

آفات المفاصل : منذ عصاب المفصل الى الالتهاب الصريح المتقيح .

آفات العضلات : التهابات العضلات متقيحة كانت او غير متقيحة .

ويأتي الرسم الشعاعي في آفات العظام والمفاصل بمعلومات جمة .

والآفات الثانية هي آفات حشوية رئوية اوكلوية فالرئوية ذات علاقة بالطب الباطن والكلوية تابعة للجراحة سواء اكانت التهاب الحويضة والكلية او التهاب ما حول الكلية المتقيح الذي يكثر حدوثه ويبطيء سيره ويجهل مصدره في كثير من الاوقات .

ج — الاشكال المزمنة : هي اشكال تسير سيراً مزمناً فتستمر اشهراً لا بل سنوات ، الاعراض العامة فيها خفيفة جداً والانتقالات المختلفة كثيرة الحدوث ، لا تستطاع نسبتها الى تعفن الدم بالمكورة العنقودية الا بعد ان يكشف هذا العامل المرضي في مختلف الآفات الموضعية، وزرع الدم المكرر مرات متتابعة يأتي سلبياً .

وتميز في هذه الزمرة :

أشكال مديدة يفضي اليها احد الاشكال الحادة الذي لم تطل مدته غير ان الاستجواب الدقيق يكشفه في سوابق المريض .

واشكال مزمنة منذ البدء ذات هجمات خفيفة الحدة: والاشخاص المبتلون بها يكونون قد اصيبوا منذ طفولتهم بهجمات دمامل مكررة ثم استقر داؤهم في احدى الانحاء بعد انقضاء مدة طويلة على هجمة دماملهم الاولى: خراجة الرئة ، التهاب الموثة المتقيح، فلغمون حول الكلية. ويخيل في هذه الحالة ان الامر هو تعفن دم قديم غير منطفىء انطفاء تاماً ولكنه في حالة هجمة لا تمنعه عن الافاقة ولو متأخراً والظهور بعوارض شديدة الخطر.

ولفحوص المخبر في هذه الاشكال شأن يذكر في التشخيص اكثر منه في الاشكال السابقة.

٢ — الدرس الاحيائي: بين الباحث اولاً ان الاختبار في الحيوان لا يستطيع ان يفهمنا ما يجري في جسد الانسان غير انه يمكننا من معرفة ثلاثة امور:

أ — ان طريق انتشار المكورة العنقودية هو الاوردة

ب — ان الاستقرارات الانتقالية سريعة الظهور بعد تعفن الدم

ج — ان المكورة العنقودية تفرز عدا فعلها الخاص ذيفاناً متصفاً بصفة حالّة لخلايا الجسد جميعها وحاثاً البدن على تكوين الترياق.

وبعد ان بين الباحث هذه الامور عاد الى ذكر ما تعلمناه السريريات وما تفعله المكورة العنقودية في اثناء اجتيازها للبدن. واظهر اولاً المراحل التي يقطعها العامل المرضي مستفيدا من التحريات الحديثة في اظهارها (زرع الجراثيم والكريات). تتجه المكورات العنقودية الى الازدحام في اللويحات ولا سيما في الكريات البيض التي تنقل المكورة وتصونها وتوفر لها الشروط

الملائمة للاحتفاظ بحمتها عوضاً عن ان تقضي عليها كما يظن البعض . وبعد ان ينقلها الدوران الوريدي الى القلب الايمن فالرئة حيث تستطيع ان تترك بعض الأثر تصل الى المصراع الاكليلي الذي قد تؤذيه بشدة وتمرُّ الى الدوران العام . وتقاومها في سيرها هذا الطويل عوامل الدفاع في البدن وقد تقضي عليها فيمحى أثرها وتنطرح مع البول او انها تقوى على ما يحاربها فتستقر في انحاء مختلفة من الجسد وهذه البؤر نفسها قد تنطفىء او تكون مصدراً لعفونة دم جديدة .

وعدا المكورات البيض التي تدافع عن البدن علينا ان نذكر الارتكاسات الخلطية (الطاهيات «opsonines») وحالة الجراثيم اياً كان سببها الحقيقي (مولدة الضد او كما يسميه البعض الجسيم الملتهم للجراثيم)

ويطرح الباحث حينئذٍ سؤالين :

١ً – لماذا تحدث المكورة المنقودية بعد دخولها الدوران تجرثم دمٍ موقتاً ولا تحدث الا نادراً تعفن دم حقيقياً مع ان الشروط السببية هي هي ذاتها .

٢ً – ما هو التعليل المرضي الذي يستطاع به تعليل الصفات السريرية المشاهدة في حالةٍ كهذه .

اما الجواب عن السؤال الاول فتابع لحمة الجراثيم ومتانة الدفاع ويظهر ان للبيئة المقام الاول غير ان لبعض العوامل الخلطية فعلًا لا ينكر ايضاً واما العامل الاساسي الذي تجب نسبة عفونة الدم بالمكورات المنقودية اليه فقد حصر الباحث جوابه عنه في ثلاث نقاط اساسية :

١ً — في سير الحادثات السريري الذي يوافق فعل تجرثم الدم اكثر من موافقته لذيفنة الدم مع ان بعضاً من الآفات المنخرة مسبب حتماً عن الذيفان الذي تفرزه المكورة العنقودية .

٢ً — ندرة الشفاء التام والصعوبات التي يواجهها الطبيب في تعليل شفاء اكيد .

٣ً — استعداد الشخص للنكس . وفي درسه افضل سبيل لجلاء الغموض فاذا ما درست ازمنة حصول الآفات تحقق ان الامور تحدث كما لو كانت الجراثيم التي رشقت في الدوران في التلقحات الاولى قد احتلت في الوقت نفسه نقاطاً مختلفة من البدن وازدحمت فيها فنمّت عليها عوارض ظهرت مبكرة في بعض الانحاء وتأخر ظهورها اسابيع او اشهراً في البعض الآخر .

فغير نكير ان بعضاً من المرضى الذين يحملون هذه الجراثيم النائمة يظلون مهددين بعوارض عفنة حادة ليقظة آفة قديمة فيهم او لظهور اختلاط جديد بعيد نقلته الجراثيم او بالاحرى الكريات المثقلة بها .

غير ان للبيئة فعلًا لا يستطاع انكاره فان عودة العفونات واستعصاءها لا يدعان مجالاً للتردد في اثباتها (ازدياد سكر الدم ، الحموضة) .

٣ — المعالجة : تشتمل على المعالجة الدوائية والمعالجة الجراحية .

أ — المعالجة الدوائية : تتضمن : ١ً — جميع الوسائط المقوية للحالة العامة وقد درس الباحث منها :

نقل الدم : الذي يزيد الكريات ويقوي البلعمة . واما منحه المناعة اذا ما اخذ الدم من اشخاص ممنعين فلا يزال قيد البحث فان بعضاً من المشاهدات

يثبت فائدته والبعض الآخر ينفيها ومهما يكن فالحيطة واجبة في نقل الدم اتقاء للصدمات العنيفة واجتنابا لاخطار انتشار الجراثيم الممكن الحدوث في عقبه

احداث الصدمة : وسيلة حسنة كيف لا وتجرثم الدم بالمكورة العنقودية متصف دائماً بعوارض الصدمة . غير ان طرز فعل الصدمة لا يزال صعب التعليل ولا يخلو احداثها من الخطر فقد تكون الصدمة عنيفة وقد يرافقها مرور الجراثيم الى الدم وتجرثمه الموقت او تجرثمه الصريح .

حقن الوريد بكربون نسبته ٢٠٪ (ملمتر واحد لكل كيلو غرام) يظهر انه ينشط البلعمة ويقوي الجهاز الشبكي - البطاني غير انه خال من النفع في خراجة متكونة وغير قادر على منع المجامع القيحية عن التكوّن .

الخراج الاصطناعي: قلّ ان يشار به لان البؤر المتقيحة عديدة في تجرثم الدم بالمكورة العنقودية .

انقاص الحيوينات : هو طريقة حديثة قد جاءت ببعض الفوائد .

٢ — المعالجة بمحصولات الجراثيم : نذكر منها :

الاستلقاح : باللقاحات المختلفة : طريقة حسنة غير ان الحيطة في استعمالها واجبة لانها سيف ذو حدين . واستعمال مقادير مزدادة تدريجياً وتكرار الحقن بفاصلة عدة ايام امر واجب . واما استعمال مقادير كبيرة منها واحداث ارتكاسات عنيفة فلا لزوم له البتة . وكلما اشتدت حمة الجراثيم وجب تخفيف مقدار اللقاح . يستنتج من هذا ان اللقاح لا فائدة منه البتة متى كان زرع الدم ايجابياً .

المعالجة بالذيفان المعطل (anatoxine) : طريقة حديثة قد جاءت ببعض الفوائد.

على ان يكون الذيفان المعطل المستعمل نقياً وقوته المولدة للضد عالية .

وفي التجارة اليوم (ذيفان رامون وبوادن المعطل) انواع يحدث الحقن بها ذيفاناً معطلًا نوعياً يسهل كشفه في المصل . وليبدأ دائماً بحقن الجلد أو تحته بمقدار طفيف من الذيفان المعطل لدرس تحمل المريض . والمقادير التي يجب الحقن بها هي في الكهل ربع السنتمتر المكعب الى سنتمترين مكعبين بفاصلة ٤ — ٥ ايام .

ملتهم الجراثيم: ان ملتهم الجراثيم اية كانت طبيعته عامل فعال في مكافحة المكورة العنقودية على ان يراقب تحضيره اشد المراقبة ويعني هذا انه لا يجوز ان يستعمل من ملتهم الجراثيم الا ما حضّر في مختبرات ذات قيمة علمية شهيرة وليحقن به حيث العامل المرضي اي في ملء البؤرة المتقيحة بعد افراغ الصديد . واما الحقن الوريدية التي يشير بها البعض في حالة تجرثم الدم فينبذها البعض الآخر نبذاً باتاً لخطرها . غير ان الوفيات قد هبطت بعد استعماله من ٨٠ — ٣٠ ٪ وقد جرب بعضهم استعمال ملتهم الجراثيم بطريق الشرايين .

٣ — المعالجة الكيمياوية : ان حقن الاوعية ولا سيما الشرايين بالاصبغة (ميركوروكروم او التريبافلافين) قد جاء بفوائد جمة لان حقن الشريان بهذه المواد يبلغها الدم قبل ان تتمدد فتفعل فعلًا يفوق فعلها اذا ما حقنت الاوردة بها . وقد حقن ليريش في بعض الحادثات الخطرة ، القلب نفسه بالميركوروكروم .

واما حقن البؤر القيحية بالمواد الصباغية فلم يأت بفائدة تذكر وليعلم

ان المعالجة الكيمياوية هي طريقة المستقبل في تجرثمات الدم بالمكورة المنقودية

ب — المعالجة الجراحية : ان المعالجة الجراحية تابعه لمدخل العفونة ولاستقرارها فالاراء مجمعة على معالجة البؤرة العفنة متي بدت التظاهرات العامة الاولى غير انه لا غنى عن فهم كلمة « المدخل » في تجرثمات الدم بالمكورة المنقودية فكثيراً ما يكون هذا « المدخل » عارضة ثانوية لا مدخلاً بدئياً في شخص كانت عفونته بالمكورة المنقودية كامنة فاستيقظت واحدثت هجمة حادة فيه . فاذا ما عولجت هذه البؤر بالجراحة قبل تكوّن الصديد فيها وتقوية وسائل الدفاع كانت النتيجة تحرير عدد عديد من الجراثيم وتلقيح الدم بها وزيادة العفونة خطراً .

وتخيب التوسطات الجراحية بعيداً عن البؤرة القيحية في معظم الاوقات ولا تخلو من الخطر فضلاً عن ان اجراءها قد يتعذر مثال عليها استئصال البؤرة كتلة واحدة بالمبضع الكهربي كما يستأصل الورم بدون ان تمس البؤرة نفسها .

ولا يأتي بتر الطرف الذي يحذف البؤرة حذفاً تاماً بنتائج حسنة دائماً لتأخر اجرائه ولان المريض لا يسلم به الا بعد ان تسوء حالته العامة وكثيراً ما يظل زرع الدم ايجابياً بعده غير انه قد يكون الواسطة الوحدة لنجاة المريض اذا ما تقدمته وعقبته معالجة احيائية حسنة وفعالة .

ومحبة المكورة المنقودية للاوردة اشهر من ان تذكر فيستطيع الجراح في بعض من الحالات منعاً لتجرثم الدم ان يربط وريداً او يقطعه على ان يفجر الناحية التي اجرى عمليته عليها لان المفونة قد تكون انتشرت اليها

قبل التوسط فاذا ما اغلق الجرح تكوّن فلغمون خطر .

وبعد ان اسهب الباحث في هذه المعالجات ذكر اهم الاستقرارات التي تستدعي التوسط الجراحي :

الاستقرارات العظمية : ولا تختلف معالجتها عن معالجة التهاب العظم والنقي والآراء مختلفة فيها فمنهم من يبكر في نشر جسم العظم ومنهم من ينتظر ويراقب ويستعمل الاستلقاح ولكل من الفئتين براهينها ولا يستطاع في الوقت الحاضر توجيح احداها على الاخرى .

الاستقرارات الوجهية : هي دمل الوجه الوخيم وخطر التوسط عليه اشهر من ان يذكر على الرغم من استعمال الميسم والمبضع الكهربي في شقه. فاذا لم يخضع الدمل للمعالجة الدوائية بالاسفاف (pulvérisation) والاستلقاح واتجهت الآفة الى الانتشار جاز ربط الوريد الزاوي فقط لوقف سير الآفة .

الاستقرارات التناسلية البولية : ان استقرار العفونة في الكلية وحولها كثير الحدوث ومثلها التهابات الموثة المتقيحة ، والتهابات البربخ ، وحمى النفاس بالمكورة العنقودية التي قد يستدعي بعض من حالاتها الخطرة استئصال الرحم الباكر بعد الولادة .

الاستقرارات الاخرى : التهابات العضلات المتقيحة وخراجة الرئة والكبد والصمامات الشريانية والخ .

المناقشة

ديبره (باريس) : لا يستحق ان يسمى تجرثم دم الا الحالة التي يتضح فيها تكاثر الجراثيم في الدم . ولا غنى عن ثلاثة عناصر لاثبات هذا الامر :

١ً ـ من الوجهة السريرية مجموعة اضطرابات مرضية خطرة ٢ً ـ من الوجهة التشريحية استقرارات انتقالية عديدة في الغالب ٣ً ـ من الوجهة الجرثومية بقاء الجرثوم في الدم ووفرته فيه . فتجرثم الدم الحقيقي بالمكورة العنقودية والحالة هذه نادر جداً وكثير من الحالات حتى الشديدة الخطر لا يتعدى التظاهرات الموضعية. ويقدم ديبره مثالاً على ذلك، خلافاً للباحث ، دمل الوجه ويجره هذا المثل الى ذكر الفرق الاساسي الذي يفصل عفونة الدم الحقيقية عن تجرثمه الموقت والى تعيين المعنى الاكيد لما يسمى «جراثيم الخروج» فان الجراثيم لا تخرج في هذه الحالة من البدن بالاعضاء المفرغة الطبيعية بل تخرج من الاجواف الطبيعية لتدخل الجسد ثانية . ويقر الناقد ان تفريق عفونة الدم الحقيقية عن تجرثمه الموقت شديد الصعوبة في كثير من الحادثات مع ان هذا التفريق هو المرشد الوحيد للمعالجة التي ترمي الى وقاية البدن ومنع تجرثم دم موقت عن ان يصبح عفونة دم حقيقية .

بعد ان ذكر الناقد ضرورة تمييز العوامل التي تفعل موضعياً بحمتها عن العوامل التي لا تفعل موضعياً بل بما تفرزه من الذيفانات وتلقيه في الدوران جعل المكورة العنقودية خلافاً للرأي السائد منذ مدة مديدة في صنف الجراثيم المفرزة ذيفاناً سريع الانتشار وسهل العزل والمعايرة . فالحصول على ذيفان معطل ممكن والقضاء على العفونة بالمكورة العنقودية مستطاع. واذا لم تكن النتائج ثابتة وواضحة كما في الدفتيريا والكزاز فلأن حمة المكورة العنقودية تفعل ايضاً علاوة على الذيفان المفرز ولان تكاثر الجراثيم في انحاء مختلفة من الجسد واحداثه بؤراً عديدة فيه يحول دون تمنيع الاخلاط

فلا بدّ والحالة هذه من اشراك المصول والذيفانات المعطلة القوية مع المعالجة الموضعية منعاً لانتشار العفونة وتوصلًا الى القضاء عليها .

ليفوف (باريس) : جرب ان يضع فاصلاً بين عفونات الدم والعفونات الحادة مع تجرثم الدم المديد. واستنتج من اختباره الخاص ان سير التهاب العظم والنقي الحاد مع زرع دم ايجابي هو ، في دور الغزو، متشابه في جميع الحالات على ان لا يكون قد بدل توسط جراحي مبتسر (حج العظم) هذا السير وان يكون قد اقتصر على التثبيت في جهاز جبسي . فاذا ما اكتفي بالتثبيت زالت العوارض العامة وانحصرت العفونة في عظم او عدة عظام ، فلم يكن غنى حينئذٍ عن فتح هذه البؤر القيحية وتفجيرها . وقد اورد الناقد ٣٥ حادثة من هذا النوع كان زرع الدم ايجابياً في ٢٠ منها فلم يمت منها غير ولد واحد كان مصاباً في الوقت نفسه بالتهاب التأمور المتقيح .

واما متى كان تعفن الدم حقيقياً فلا تتوصل معالجة قط الى وقف العفونة (المصل، الذيفان المعطل ، ملتهم الجراثيم حقناً في الوريد والخ. .) وقد اورد الناقد ١٣ حادثة من هذا النوع ماتوا جميعهم .

ليريش (ستراسبورغ) : يعتقد اننا لا نعلم شيئاً معيناً عن عفونات الدم بالمكورة العنقودية بدون استقرارات . واننا نتوصل بالاختبار الى معرفة ما لا يجب صنعه والى ادراك ما يجب اجراؤه فان المكورة العنقودية، ضيف الجلد العادي في جميع الاشخاص قد يبقى اعزل غير مضر أو عاملاً موضعياً مزعجاً فقط او جرثوماً شديد الخطر متكاثراً في الدم ومميتاً . فلماذا هذه الاختلافات الكبيرة؟ يعتقد الناقد ان حلّ هذه المعضلة كائن في المريض

نفسه وليس في الجرثوم وان المرضى ليسوا سواء بازاء الجرثوم بل ان لكل شخص مرضه الخاص فان من يصاب منهم بعفونة دم مميتة يموتون بها انفسهم وليس لان الجرثوم الذي احدث العفونة فيهم شديد الحمة .

سوفه (باريس) : يلفت الانظار الى ارتفاع الحرارة الكبير الذي يتلو النافض الشديد والى شأنه في تشخيص عفونة الدم ، فلتقس حرارة المريض الشرجية كل ثلاث ساعات حتى كل ساعة فتعرف بها تلقحات الدم الواحد بعد الآخر والعودة الى الحالة الطبيعية . ويشير الناقد بتخريب البؤرة البدئية غير انه اجتناباً لانتشار الجراثيم يفضل التخريب بالميسم او المبضع الكهربي .

اولريش (باريس) : يشير باستعمال الاستدماء الذاتي الذي يحسس البدن بازاء ملتهم الجراثيم ويفيد فائدة كبيرة .

جينلسي (بوردو) : يعتقد ان قوة الدم القاتلة للجراثيم تمثل احد عناصر دفاع البدن بازاء العفونة فقياسها يمكن الطبيب منذ البدء من معرفة الاشخاص المعرضين للاختلاطات العفنة . فالمنهك ، ومعطي الدم المضعف بفصادات مكررة ليست قوة دمائهما القاتلة للجراثيم شديدة ودفاعهما بازاء العفونة ضعيف . واما المرأة الحامل فقوة دمها القاتلة للجراثيم حسنة فاذا ما نقصت خشي عليها من الاختلاطات النفاسية .

وقد يسعد الحظ شخصاً متعفناً وخطراً في الظاهر ، غير ان قوة دمه القاتلة للجراثيم حسنة ، فيشفى بيد ان مريضاً آخر قوة دمه القاتلة للجراثيم ضعيفة ومظهره حسن يموت . فعلينا في الممارسة ان نستفيد من هذه الواسطة وان نقيس قوة الدم القاتلة للجراثيم .

المؤتمر الجراحي الفرنسي السابع والاربعون

«٣»

الاورام العفلية في عضلات الاعضاء ونسجها الضامة

لخصها العليم مرشد خاطر

بحث في هذا الموضوع بطرس مواونغه من باريس واوجين بولوسون من ليون ، واسندا تقريرهما الى ١١٩ حادثة .

١ — التشريح المرضي المرئي :

٢ — اورام السحائب الضامة العفلية (٤٣ حادثة) : ان هذه الاورام التي قد تبلغ حجماً كبيراً متكيسة وسهلة الاستئصال غير ان محفظتها الرقيقة لا تمنع العناصر السرطانية عن الانتشار فلا عجب اذا ما نكست هذه الاورام بسهولة متى عولجت معالجة الاورام السليمة بالاستئصال البسيط فقط .

والاعصاب والاوعية سليمة في الغالب وغير ملتصقة بالورم الذي يحرفها او يرفعها وليست سلامة هذه الاعضاء قاعدة مطردة بل ان الورم قد يلتصق بها ويكتنفها فلا يستطاع فصله عنها ويصبح قطعها ضرورياً . والورم حتى في هذه الحالة سهل التفريق عن النسج الاخرى ولا يشابه الاورام الخبيثة الشديدة الالتصاق .

وتوعية هذه الاورام ضعيفة حتى انها قد تستأصل بدون اقل حاجة الى

ربط وعاء . غير ان الاوردة شديدة النمو فيها وبها تعلل كثرة الانتقالات .

ولبست سلامة العقد اللنفاوية قاعدة مطردة كما يعتقد الدرسيون ويشابه بعض من انتقالات الورم الى النسيج الخلوي تحت الجلد العقـد الضخمة فلينتبه الى ذلك .

وقد يكون منظر الورم المرئي كثير الاشكال : جرم ليفي مرصع بتنشؤات مائعة غير ان هذا المنظر لا يجيز لنا عدّ هذا الورم مختلطاً او ذا نسج عديدة فان المعاينة النسيجية تبين على العكس من ذلك تجانساً تاماً في بنائه .

ب — اوارم العضلات العفلية (٣٧ حادثة) يميز منها نموذجان الورم العفلي المتكيس الشبيه بورم السحائب الضامة العفلي بشكله وصفاته وانتشاره . والورم العفلي المرتشح الذي قد يكون جرماً صلباً او جرماً كثيفاً مبايناً بلونه المسمر للون العضلات الاحمر وتذر منه برزات الي جميع الجهات غير ان الورم يظل مدة مديدة على الرغم منها منحصراً في العضلة التي نشأ منها فاستئصال هذه العضلة التام كاف في كثير من الاوقات للقضاء عليه .

ج — اورام اخرى : نادرة ونذكر منها : ١ً — الاورام العفلية المكونة للعظم التي تظهر في النسج الرخوة ولا تتصل مطلقاً بالصقل . وقد اثبتت اعمال ليريش وبوليكار ان تكوُّن العظم ممكن في جميع النسج المستمدة مصدرها من الطبقة المضغية الوسطى . ٢ً — الاورام العفلية السطحية التي تنمو على وكس النسيج الخلوي او غشاء العضلات ٣ً — الاورام السليمة الرخوة القوام الهلامية السهلة الاستئصال التي لا يستطاع تعيين هويتها

الاكيد بغير المعاينة النسيجية . .

د — الانتقالات : تكثر في الرئة والجنب (٢٩ حادثة) وقد صودف منها في الصقل والثدي والكبد والخ . .

٢ — التشريح المرضي المجهري : وصف الباحثان النماذج النسيجية التالية :

أ — الاورام العفلية : التي تشابه خلاياها خلايا الطبقة المضغية الوسطى وتبدو مكدسة بعضها على البعض الآخر . وهذه الاورام شديدة الخبث ولا تؤثر فيها الاشعة كالاورام المضغية الاخرى .

ب — الاورام العفلية ذات الخلايا المختلفة ويميز منها :

الاورام العفلية المكونة لليف (٣٨ حادثة) خلاياها مغزلية طويلة لا تكون الا المادة المولدة للغراء ولا ترى فيها المواد المصادفة في النماذج الاخرى (الشحم والعظم وغيرهما) . وهذه الاورام خبيثة ايضاً (٥ حوادث شفاء من ٣٠ مريضاً روقبوا ثلاث سنوات) غير ان بناءها لا يدل دلالة صريحة على درجة خبثها .

الاورام العفلية المكونة للشحم (٣٣ حادثة) : تتصف باجتماع الشحم في خلاياها . وبعض هذه الاورام مكون للشحم والليف معاً (١٨ حادثة) والبعض الآخر مكون للشحم والمخاط (١٠ حادثات) شبيه بالنسيج الخلوي الرخو الوذمي والبعض الاخير اورام شحمية خبيثة . وانذار هذه الاورام جميعها غامض جداً (٥ حوادث شفاء من ٢٦ مريضاً روقبوا طيلة ثلاث سنوات) وتؤثر الاشعة في بعض منها تأثيراً حسناً .

الاورام العفلية المكونة للالياف المخططة : (١٣ حادثة) : بناؤها كثير

الاشكال وتتصف بظهور خلايا كبيرة القد مسخية النواة بين الخلايا الاخرى العادية . وهي نموذجان: الخلية «المستطيلة» والخلية «العنكبوتية» ويضارع خبث هذه الاورام خبث الاورام الآنفة الذكر .

الاورام المغلية المكونة للاوعية : هي اورام العناصر المكونة للاوعية والنسيج الدموي والفارشات . وهذه الاورام كثيرة الاشكال وتسمى بالنسبة الى تفوق احد العناصر في بنائها : اوراماً وعائية فارشية او اوراماً مخية فارشية او اوراماً وعائية عضلية عفلية او اوراماً وعائية خبيثة .

٣ — الدرس السريري : اخذ الباحثان نموذجاً للدرس اورام الفخذ وبينا سيرها المتزايد الكامن الخالي من العلامات الوظيفية الا الانزعاج الذي يحدثه حجم الورم الكبير . وعلامات الانضغاط طفيفة او لا اثر لها البتة ، والرسم الشعاعي واجب لكشف الانتقالات العظمية .

ولا تختلف علامات الاورام المغلية في العضلات عن علامات الاورام المغلية في السحائب الضامة الا اختلافاً طفيفاً ويميزها عنها ثبات الورم متى تقلصت العضلة وهذه العلامة بيانية .

والانذار غامض ووخيم لان الحوادث ١١٩ التي درسها الباحثان لم يشف منها سوى ١٥ واما الآخرون فقد مات منهم ٧٧ ونكس ٢٧ ،

٤ — المعالجة :

بعد ان ذكر الباحثان الطرق المستعملة في معالجة هذه الاورام الخطرة: الفصع ، والاستئصال الواسع ، وقطع العضلة ، والبتر ، والتشميم ، والمعالجة بالاشعة واوردا النتائج التي جنياها استنتجا المقررات التالية التي انهيا بحثهما بها :

ان الخطة التي اتبعت في معالجة معظم الحادثات التي اورداها كانت سيئة : يقصع الورم الذي كان يظن سليماً فلا يلبث ان ينكس فتعاد العملية باستعمال طريقة ثانية غير كافية فينكس الورم ثانية فيلجأ الى البتر او يرسل المريض الى الاشعاعي . ان هذه الطريقة سيئة كما لا يخفى لان الجراح يضيع الوقت ويفسح للورم المجال لقطع مرحلة لا يستطيع التغلب عليه بعدها . فيجب ، وهذا ما قرره الباحثان ، النظر الى الورم منذ البدء نظرة الورم الخبيث والتضحية بالطرف واقناع المريض واهله بقبول هذه التضحية . وهذه المهمة شاقة لان الورم في هذا الزمن لا يؤلم ولا يزعج حامله فمن الصعب اقناع المريض بخبثه وبضرورة التضحية التي يطلبها الجراح منه

وتحقيقاً لهذه الخطة لا بدّ من تشخيص اكيد لا ريبة فيه . ولا يستطاع هذا بغير المعاينة النسيجية . . ويقترح الباحثان التمشي على هذه الخطة : متى صادف الجراح ورماً صغيراً او متوسط الحجم يستأصله برمته عوضاً عن اقتطاع خزعة منه ومتى كان الورم كبيراً تقتطع منه قطعة وترسل الى دار التشريح المرضي ويطلب منها جواب سريع ثم ترسم الخطة الواجب اتباعها .

فاذا جاء الجواب مثبتاً للورم العفلي فما هي الخطة الواجب اتباعها ؟ يقترح الباحثان التضحية بالطرف او المعالجة الشعاعية .

فلنبتدىء بنقد الاستشعاع اولا لانه المعالجة الاقتصادية . لا ينكر ان الاشعة تفعل فعلاً ناجعاً في بعض من الاورام العفلية النابتة في الاقسام الرخوة غير انه ما من حادثة منها شفيت شفاء تاماً بالاشعة هذا ما يثبته احصاء الباحثين واحصاءات سواهما . وللانموذج النسيجي شأن في اختيار هذه

المعالجة او نبذها : فان بعضاً من الاورام العفلية المكونة للاوعية او للشحم تفعل الاشعة فيه بيد ان الاورام العفلية المكونة للعظم وذات الخلايا المضغية الوسطى منيعة عليها . فالخزعة اذن واجبة لمعرفة طبيعة الورم الخبيثة اولاً ولاختيار طرز المعالجة ثانياً .

واما التضحية بالطرف فيشار بها متى كانت قد جربت الاشعة وخابت او متى عرف بناء الورم النسيجي . والسؤال الذي قد يطرح في مثل هذه المناسبة هو هذا : أيجوز لنا ان نضيع بعض الوقت باستعمال الاشعة وان نفسح للورم المجال للانتشار ؟ لقد بينت السريريات ان التبكير في التوسط الجراحي ليس ذا شأن يذكر في النتائج المقبلة سواء أفي هذه الاورام العفلية او في الاورام العفلية العظمية . فالبدء بالاستشعاع جائز والحالة هذه غير ان الممنوع هو التوسط الجراحي الضيق الذي يزيد الورم خبثاً وذلك ثابت في كثير من المشاهدات . فمتى شق الورم واقتطعت منه خزعة وثبت خبثه وجب بتره بلا تردد. وتشميم الكتف او الورك ضرورة لا غنى عنها في كثير من الحالات حتى ان العمليات الاوسع منها قد تكون ضرورية : تشميم الكتف مع استئصال اللوح والخ . .

ان هذه الجراحة الجادعة هي ما قرره الباحثان في نهاية تقريرهما .

المناقشة :

غوردون تايلور (لونده): عالج ١٩ حادثة شخصية واستشير في امر خمسة مرضى وجمع من زملائه الانكليز ٤٣ فيكون مدار حديثه على ٦٧ حادثة من اورام العضلات العفلية وقد شفع بحثه ببعض مناظر الفانوس

السحري ولفت الانظار الى خطإ التشخيص الكثير الوقوع والى علاقة هذه الاورام بالرض وتكلم عن المعالجات التي استعملها في حوادثه الخاصة فقال ان الراديوم لم يأته بنتيجة تذكر واما الاستشعاع العميق فقد افاد في بعض الحادثات وهو يشارك الباحثين في ضرورة الاستئصال الواسع .

تيكسيه (ليون) : يعتقد ان تقرير الباحثين المستند الى براهين متينة عمل مفيد جداً له شأنه الكبير في الممارسة . وغير نكير ان الاورام العفلية في السحائب الضامة تستدعي استئصالاً واسعاً لحبثها ونكسها . وكل عملية اقتصادية على الرغم من سهولة استئصال الورم تفضي الى الخيبة المحققة . وقد اهتمّ تيكسيه بدرس هذا الموضوع منذ السنة ١٨٩٥ فظن في الزمن الاول من ممارسته لجراحة هذه الاورام ان العمليات الاقتصادية كافية فيها فكان النكس نصيبه . غير ان اوجين بولوسون في السنة ١٩٢٥ استنتج في اطروحته بعد درس المشاهدات التي بنى بحثه عليها نتيجة معاكسة هي الاستئصال الواسع الذي يستطيع وحده جعل المريض في حرز من نكس هذه الاورام الخبيثة . وقد كثرت الاعتراضات على هذه النتيجة التي جاء بها غير ان المشاهدات التي عقبت هذه الاطروحة اثبتت صحتها .

هامان وغريغو (نانسي ، الفرانج) صادف في اربع سنوات ٨ حادثات من اورام الفخذ الضامة الخبيثة وقد جاءا بمشاهدتين غميستين :

١ً — ورم وعائي خبيث سريع السير نكس بعد الاستئصال بشهرين

٢ً — ورم عفلي مغزلي الخلايا قد استمرّ شفاؤه منذ اربع سنوات وقد سار هذا الورم الثاني في زمنين : في الاول منهما كان الورم صغيراً غير مؤلم

بطيء السير ثم ازداد حجمه فجأة وهذه الاورام احسن انذاراً في الغالب وتفعل الاشعة في بعض من هذه الاورام فعلاً حسناً . فان احد الاورام المنتشرة التي لم يكن للجراحة حيلة فيه ذاب تماماً بالاشعة ولا يزال شفاؤه ثابتاً منذ ١٨ شهراً .

فالتوسط الباكر واتقان الطرز الجراحي والاستشعاع قد يحسنان انذار هذه الاورام الخطر .

باكلار (باريس) : يشير بالاشعاع اولاً في جميع الاورام العفلية لان ٣٠ ٪ من هذه الاورام يتأثر بالاشعة ولان ١٠ ٪ منها يستمر شفاؤه اكثر من ٣ سنوات وبما ان معرفة الاورام التي تتأثر بالاشعة صعبة قبل استعمالها فلا بد من البدء بها فاذا تحسن الورم بعدها اجتنبت العمليات الجادعة واذا لم يتحسن تكون العملية قد تأخرت قليلاً غير انها تظل مفيدة .

❀❀❀

جورج ادورد بوست (١٨٣٨ - ١٩٠٩)

«٢»

حياته وتآليفه

للعليم لطفي السعدي

ترجمة العليم ميشال خوري

الجراحة

كانت الجراحة الحرفة التي اختارها بوست ومال اليها ميلاً طبيعياً . فقد كان جراحاً جريئاً ماهراً ، وكان واسع الحيلة لبقاً في عمله، يشعر باللذة حين القيام به ، وبدأ ممارسة الجراحة بعد السنة ١٨٦٠ بمدة قليلة ، اي قبل ان اخذت تعاليم باستور ولستر بان تترك في الجراحة اثراً حرياً بالذكر . وحوالي السنة ١٨٧٧ - وربما كان قبل ذلك بسنة او سنتين - بدأ باستعمال اساليب لستر اي اخذ باجراء عملياته تحت رشاش حامض الكربون ، وبوضع الاضمدة المتقنة المضادة للعفونة . وبقي يزاول الجراحة المضادة للعفونة عدداً من السنين بشكل معتدل بسيط . اما الاساليب اللاعفنية الصرفة . ، فليس من الثابت انه وقف عليها وقوفاً تاماً او انه اقتبس اصولها ، وليس ذلك بالعجيب ، لانه لم يكن مطلعاً على الطرق العملية في فن الجراثيم. ويصدق ذلك على معظم الاطباء في عصره الذين لم يكونوا مدربين في الاساليب العملية المجهرية ، ولم يكونوا يحسنون استعمال المجهر لاغراض طبية .

وكان الدكتور بوست ماهراً في استخراج حصيات المثانة . واجرى من هذه العملية الى السنة ١٩٠٠ على الاقل ٧٠٠ عملية واحصاء عملياته لاستخراج الحصى البولية مفهرس في مجلة السجل الطبي الصادرة في ٢٠ تموز من السنة ١٨٧٧ وفي ٣٠ تشرين الاول من السنة ١٨٨٠ وفي ٦ تموز من السنة ١٩٠٧ وهو يصف في هذه المقالة الاخيرة العملية الايطالية بكونها عجانية نصفية ويقول فيها « كانت تستخرج معظم الحصى الصغيرة من بضوعٍ قصيرة جداً، لا تكاد تسمح بادخال الاصبع الى المثانة وكثيرٌ منها كان يشفى بالمقصد الاول ، ولم يكن يحدث نزف حري بالذكر الا في القليل منها .» واما العملية العربية فكانت تجرى بادخال اصبع او اثنتين الى المستقيم ، ثم تدفع الحصاة الى الاسفل الى ان تبرز في العجان فيشق عليها بالموسى . وكثيراً ما تقطع المصرة في هذه العملية فيتكون ناسور لا يشفى عادة . ويذكر في هذه المقالة جدول حصيات المثانة المستخرجة بطريق العجان وبالطريق الخثلي وبالتفتيت وحصيات الاحليل في الرجل وحصيات الموثة والحصيات الموثية المثانية وحصيات المثانة في المرأة وحصيات الكلية والحالب

فليس بالغريب ان تكون مجموعة حصيات المثانة في متحف الجامعة الاميركية الجراحي في بيروت عديدة الى هذه الدرجة هذا مع العلم انه أضيف اليها عدد كبير منذ زمن الدكتور بوست . ولكن مما لا شك فيه ان الجانب الاعظم من هذه الحصى المعروضة في المتحف المذكور استخرجه الدكتور بوست . وذكر ويلفريد بوست في رسالة شخصية بعث بها الى المؤلف « ان العقد السلية كانت تستخرج بصورة دائمة في زمن

الدكتور بوست وكان عظيم السرعة والحذق في استئصالها حتى انه كان يجري عمليته في جانبي العنق بسرعة لا تقل عن السرعة التي كان يجري بها اكثر الجراحين العملية نفسها في جانب واحد . وكان يستعمل دائماً المبضع الصغير في عمله فلا يحدث الا شيئاً طفيفاً من النزف .

ولم يقصر بوست ممارسته الجراحية على ما نسميه اليوم بالاختصاص ، بل تناول بفنه جميع فروع الجراحة العامة فزاولها كما كانت تزاول يومئذ ومما يدل على انه كان يجري عمليات العيون ما روته عنه ابنته المسز الفريدا كوهرت فيما يلي :

«كان الدكتور بوست موفقاً في عملية الساد ، يطرب اشد الطرب حين تقترن عمليته بالشفاء واذكر بهذه المناسبة ان قسيساً مسناً من الاناضول أُصيب بالساد ففقد بصره فاجرى له الدكتور بوست العملية . وكان من عادة الدكتور عقد اجتماع ديني في الساعة الخامسة من كل يوم احد في اكبر قاعات المستشفى . فقاد احد الاولاد المرضى القسيس الى هذا الاجتماع ، وعيناه لا تزالان مربوطتين اما الولد فاجلس القسيس ثم جلس بدوره مع الاولاد الآخرين على ارض القاعة . وكانت بنات الميتم الالماني ينشدن الصلوات بمساوقة بديعة ووجه القسيس يشرق غبطة وحبوراً وهو آخذ بالاصغاء الى الانشاد. وبعد بضعة ايام رفع الدكتور الرباط عن عيني القسيس وما كان اشد سرور هذا الاخير حين تحقق انه استرجع بصره المفقود .

المواد الطبية

كان الدكتور بوست يرى ان علمي الجراحة والنبات يتفقان ومهنة التعليم التي كان يقوم بها. ولكن سير الاعمال في مؤسسة كالكلية السورية الانجيلية يقضي بالقيام بالكثير من الاعمال الصعبة التي لا تأتلف مع ذوق القائم بها. وكان على كل فرد من هيئة التعليم فيها ان يقوم بقسط من هذه الاعمال وكانت العربية في ذلك العهد لغة التعليم في فروع الكلية كافةً ، وعدد الاساتذة الذين يستطيعون تعليم العلوم الطبية باللغة العربية قليلًا ، يصعب ايجادهم بمدة قصيرة. وكان لا بد من تعليم درس مفردات الطب باللغة العربية ذلك الدرس الذي كان يخشاه الاساتذة والطلبة على السواء في عهد كان علم فعل الادوية فيه لا يزال جنيناً لم يدرك دور الطفولة. فلم يكن احد غير الدكتور بوست اهلًا لتولي هذا الدرس في الكلية السورية الانجيلية اذ ان مقتضيات الزمان والمكان والاحوال قضت بان يكون هو استاذاً له فقام باعبائه بكل ما أُوتيه من نشاط وعزم. وبعد ان تولى تدريسه عدداً من السنين قال لأحد تلامذته القدماء: «انني ارى مبضعي وما اصنع به حين اقطع جسم المريض ، واشاهد الخلل في موضع الداء ، وما يجب عمله لاصلاح الخلل. وبعد انتهاء العملية اعرف ماذا صنعت. ولكني ارى في استعمال الحبوب والمساحيق والاشربة وسواها من المستحضرات الطبية شيئاً كثيراً من الحدس والتخمين».

علم النبات

كان علم النبات أُلهيَّة الدكتور بوست. وبما انه كان في زمن حداثته

مهدداً بالسل الرئوي ، فقد نصحه الاطباء بان يقضي جانباً كبيراً من وقته في الهواء الطلق . فولد في نفسه الميل الى النباتات وبقي علم النبات ألهيته الوحيدة طيلة حياته . وما لبث ان اخذ يجمع جمعاً منتظماً نباتات اية ناحية من البلاد التي كان يتفق وجوده فيها . فكانت نتيجة عمله ان نشر في السنة ١٨٩٦ (او حوالي هذه السنة اذ ان الكتاب بدون تاريخ) كتابه « نباتات سوريا وفلسطين وسيناء » . وما المجموعة النباتية الكبيرة المحفوظة في بناية بوست بالجامعة الاميركية في بيروت الا دليلاً على تعلقه بهذا العلم . وهذه المجموعة تتألف من نباتات مجففة مضغوطة ، مسماة ومصنفة . ويتمثل فيها جانب كبير من نباتات سواحل البحر المتوسط . ومع شدة شغفه بعلم النبات المصنف لم يُعر في كتابه الآنف الذكر شأناً كبيراً لاشكال النباتات ووظائفها

البناء

اولع الدكتور بوست بوضع صور الدور المختلفة والاشراف على بنائها كالمنازل الخاصة ، ودور الكلية ، والمستشفيات ، والمتاحف وغير ذلك . وهو الذي وضع رسم منزليه في بيروت وعاليه . واشرف على بناء بناية بوست في الكلية . « وكان بين الدكتور بوست والمستر جسب صداقة اشتدت اواصرها وطالت مدتها ، فكانت من اكبر العوامل التي حملت هذا الاخير على ان يبني مستشفى النساء والاولاد ومدرسة الممرضات التي تعرف الآن بوقف ماريا دي ويت جسب ، وان يهبها الجامعة الاميركية في بيروت فكان لا بد من الاستعانة بالدكتور بوست في تشييد بنايات المستشفى . لما عرف

به من شدة النشاط والحذق في فن البناء ، والبراعة في معاملة المقاولين العمال الوطنيين .

صفاته الخاصة

كان بوست رجلاً عجيباً في نشاطه فيقبل على العمل بهمة لا تعرف الملل وكان قوي الارادة ، ثابتاً لا يتحول عن عزمه ، صادقاً في معاملة جميع الذين يتفق وجودهم تحت سلطته . وكان مستبداً في شؤونه ، صريحاً في تصرفاته واوجدته الطبيعة حاد المزاج ولكنه كان في الغالب يملك قياد نفسه . والحادثة التالية تدل على هدوء جأشه وذلك انه في ايامه الاولى بينما كان يعقد اجتماعاً دينياً صغيراً يوم الاحد في احدى قرى جبل لبنان ، تسلق بعض الرعاع جدار المكان حيث كان يعقد الاجتماع محاولين تفريق المجتمعين . ويظهر انهم ارادوا الفتنة اذ ان احدهم كان يحمل بيده خنجراً فوضعه بين اسنانه واخذ بالنزول من اعلى الجدار الى داخل المكان . وحين اراد ان يقفز الى الارض سقط الخنجر من فمه ، فهجم بوست الى الامام والتقط الخنجر عن الارض . ثم انه انحنى امام الرجل وقدم اليه الخنجر جاعلاً قبضته نحو الرجل وكلمه بالعربية ببعض عبارات لطيفة تناسب المقام ، في حين ان المجتمعين كان بعضهم آخذاً بالصراخ والبعض الآخر يحبس انفاسه من الاضطراب . اما الرجل فتملكته الحيرة وخجل من نفسه ، فتناول الخنجر ووضعه في غمده . ثم انه تسلق الجدار وتوارى عن الانظار فعاد الدكتور بوست الى مكانه وتابع الاجتماع .

واصبح الدكتور بوست من اكبر العوامل في تنظيم مدرسة الطب وارتقائها . وكان احد العاملين لجعل شهادتها معترفاً بها من الحكومة العثمانية

وكانت سوريا في القرن التاسع عشر من ولايات الدولة العثمانية . وبقيت كذلك الى نهاية الحرب الكبرى . وكان في مقدمة مشاغل عمدة الكلية السورية الانجيلية في سنواتها الاولى حمل الحكومة التركية على الاعتراف رسمياً بخريجي مدرسة الطب . وكانت المفاوضات بين الجانبين تجري بواسطة سفير الولايات المتحدة في الاستانة. غير ان هذه المفاوضات الطويلة لم تقترن بالنجاح المرغوب فيه، فعزمت عمدة الكلية على ارسال احد اعضائها الى الاستانة ليمثلها تمثيلًا صادقاً لدى السلطات ذات الاختصاص على ان يقيم فيها المدة الكافية الى ان يظفر بالاعتراف المطلوب . واختير الدكتور بوست للقيام بهذه المهمة الخطيرة فسافر الى الاستانة حيث قابل ولاة الامور فيها مراراً عديدة . وبعد جهادٍ طويل. تكللت مهمته بالنجاح فاعترفت الحكومة العثمانية رسمياً بمدرسة الطب في الكلية السورية الانجيلية واصبح يحق لحاملي شهادتها التقدم الى الامتحان في مكتب الطب العثماني في الاستانة ، فمن فاز منهم في هذا الامتحان نال شهادة الحكومة الرسمية ومنح لقب دكتور في الطب فيصبح من حقه تعاطي الطب والجراحة في اي بقعة من بقاع الدولة ، ويكون اهلًا لتقلد ايةوظيفة ملكية او عسكرية تعهد بها اليه الحكومة . وبعد ذلك اي حوالي السنة ١٩٠٥ امكن الوصول بواسطة الدكتور بوست الى اتفاق آخر افضل من الاول فاخذ مكتب الطب العثماني على نفسه ان يرسل الى بيروت سنوياً في شهر حزيران لجنة مؤلفة من ثلاثة اساتذة يفوض اليهم فحص طلاب الصف المنتهي في مدرسة الطب بالكلية السورية الانجيلية واعطاء مصدقة موقتة للفائزين

منهم . وكانت تبدل هذه المصدقة بعد ارسالها الى الاستانة بواسطة السفارة الاميركية ، بشهادة دكتور في الطب يعطيها مكتب الطب العثماني صاحب المصدقة بدون اجراء غير ذلك من المعاملات الرسمية . وترسل الشهادة اليه بواسطة السفارة الاميركية في الاستانة وعمدة الكلية السورية الانجيلية في بيروت .

وكاستاذ فانه كان متحمساً ، مشجعاً ، وكان مؤثراً باسلوبه ، جلياً بايضاحه غنياً بامثاله . وها نحن ندرج جزءاً من كتاب احد تلامذته القدماء ، وهو طبيب مشهور يقيم في الشرق الادنى ، يبين صاحبه رأيه الشخصي بالدكتور بوست قال :

« وجدت الدكتور بوست كاستاذ واسع العلم اكثر منه مهذباً ، كثير الاطلاع اكثر منه قوي الحجة . وكانت طريقته في التعليم في مدة تتلمذي عليه ، انه كان يعين الدرس الواجب في عدد من صفحات الكتاب الذي يعلمنا به ، وفي المرة التالية حين اجتماع الصف لالقاء الدرس كان يطلب من التلميذ الواحد اعادته فقرة فقرة عن ظهر قلبه ملتزماً في القائه بقدر الامكان النص الوارد في الكتاب الذي كان يفتحه الدكتور امامه وينظر اليه متتبعاً اقوال الطالب . وما دام هذا يسير في ترديد الدرس بدون توقف ولا تردد كان في الغالب في مأمن من الاسئلة التي قد يعارضه بها الدكتور بوست . وكان يسمح لاعضاء الصف بالقاء الاسئلة عليه في موضوع المثالة ، ولكنه كان قليل الصبر اذا تناول الطلاب رأيه بالتفنيد والنقد ، ولا يستطيع الاقرار بخطاءه في اية حال من الاحوال ، او ان يجيب عن احد الاسئلة بقوله

لا ادري. ولست اعلم ما اذا كان قد بدل شيئاً من طريقته هذه على ممر السنين ، ام بقي كما عرفته في المدة التي كنت فيها احد تلامذته ونذكر بهذا الصدد ان الدكتور بوست كان في شيخوخته ثقيل السمع وكان ذلك من اكبر الصعوبات التي تعترضه في التعليم ولا سيما اذا كان الطالب غير واضح القول منخفض الصوت . وزاد صممه بتقدمه في العمر ولكن تلامذته جعلوه في مأمن من الانزعاج في ترديد الدرس او الاجابة عن الاسئلة ، اذ اقتبسوا عادة الصياح بأعلى اصواتهم حين الالقاء . وسأله مرة ابنه الدكتور ويلفرد بوست عما اذا كان الطلاب يخدعونه بتلقين بعضهم بعضاً حين الدرس او الفحص . فقال كلا لست اسمع اصواتهم حين يلقن منهم الواحد الآخر ولكني اعرف ذلك من حركات شواربهم » . انتهى

وكان الكثيرون من تلامذته يطلقون عليه لقب ابي الجراحة في هذه الربوع . وكثيراً ما كان الطلاب يشاركون الاستاذ في عمله ومما تدل على مقدرته في الادارة القصة التالية :

كان في الكلية السورية الانجيلية في اول عهدها عدد من طلاب الطب الاحداث الذين لم يكن لهم من الوسائط المادية ما يمكنهم من طلب العلم . فكانت الكلية تساعد عدداً منهم بتعليمهم مجاناً لقاء بعض الاعمال النظامية التي يقومون بها . ولم يكن بعد صنع في ذلك الحين فهرس للكتاب المقدس مع شدة حاجة المرسلين والواعظين اليه . وبما ان الدكتور بوست كان قسيساً انجيلياً كما كان دكتوراً في الطب فقد اخذ على عاتقه اعداد هذا الفهرس مستعيناً بالطلاب المجانيين في الكلية . فنظم العمل على الوجه الآتي

وذلك انه وضع على منضدة طويلة ضيقة انضاداً او كوماً من الورق الابيض عددها ٢٨ اي بعدد حروف الهجاء وجعلها في صفين خصص كل نضد منها لاحد الحروف . وجعل احد الطلاب يجلس الى رأس المنضدة حيث يعهد اليه بان يقرأ ببطء الآية الواحدة من التوراة بعد الاخرى اما الطلاب الآخرون فيجلسون او يقفون الى جانبي المنضدة ويكون كل منهم موكلاً بخمسة او ستة من الحروف وما يقابلها من انضاد الورق . وحين يبدأ الطالب الاول بالقراءة يأخذ الآخرون بتدوين الكلمات الرئيسة على الورق كل منهم يدوّن الكلمة التي تبدأ بالحرف الذي يخصه . ويكتب بجانبها مكان ورود الآية في التوراة اي انه يدوّن ايضاً السفر والاصحاح وعدد الآية وما يلي الكلمة من بقية الآية . وظاهر ان هذا العمل جسيم عسير بطيء . ومع ما فيه من المشقة استطاع ستة طلاب انجازه في بضع سنوات . وكما سبق القول فان هذا الفهرس تمّ اعداده باشراف الدكتور بوست ومناظرته ، غير انه كثيراً ما كان يترك الطلاب وشأنهم ولا سيما بعد ان وقفوا على طريقة العمل واصبح بامكانهم القيام به منفردين .

وقضى تنظيم مدرسة الطب في الكلية السورية الانجيلية بتأليف الكتب باللغة العربية وبما ان هذه الكتب كادت لا توجد في ذلك الحين ، فقد اخذ الدكتور بوست على عاتقه تأليف كتب في الجراحة والنبات ومفردات الطب وبعض العلوم الاخرى . وجعل كتاب الجراحة على غرار المؤلف الذي وضعه في هذا العلم روبرت دروث . اما كتاب النبات فنقله بتصرف عن كتاب « كيف ينمو النبات » وهو مؤلف ابتدائي مشهور لصاحبه آزا غراي

والف كتاب مفردات الطب على اساس كتاب انكليزي لمؤلفه الفريد بارنغ غارود.

ولكنه لم يقصر همه على تأليف الكتاب للطلاب بل اراد ان يتعدى ذلك الى نشر التآليف التي يستفيد منها الاطباء بعد نيلهم الشهادة فلا تغيب عنهم حركة التقدم العلمي . وبعد ان انقضى على افتتاح الكلية السورية الانجيلية ثماني او عشر سنين اصبح خريجوها من الاطباء عدداً لا يستهان به وهؤلاء كانوا يزاولون الطب في انحاء البلاد المختلفة . وكان معظم هؤلاء الاطباء الاحداث من الناجحين في اعمالهم وبعضهم خدمه التوفيق فاصبح من البارزين . ولكن مما يؤسف له ان اساتذة هؤلاء الاطباء تحققوا بعد حين ان القليلين منهم يماشون العلوم الطبية في تقدمها فكأنهم يخالون ان ما تلقنوه من الطب والجراحة وهم طلاب انما هو الكلمة الاخيرة فلا يمكن ان يتبدل او ان يزيد على ممر الايام . فيستسلمون الى الخمول والتقهقر ، واخيراً يصبحون من الوجهة العلمية اشبه بالمتحجرات الحية قبل بلوغهم اواسط العمر . ولا ريب ان لهذه الحالة المؤسفة اسباباً مختلفة غير ان الدكتور بوست كان يعزوها الى سببين اولهما عدم وجود الجرائد والمجلات الطبية التي تطبع باللغة العربية وثانيهما ان شروط الدخول الى مدرسة الطب في الكلية السورية الانجيلية كانت تقضي على الطالب بان يعرف على الاقل احدى اللغات الاوروبية بعض المعرفة ، والحقيقة ان القليل من الخريجين كان يحسن من هذه اللغات ما يمكنه من ان يقرأ بسهولة كتبها ومجلاتها الطبية وان يفهمها فهماً كافياً . فعزم الدكتور بوست والحالة هذه ان ينشر مجلة طبية شهرية اسماها «الطبيب» ونال شخصياً امتياز طبعها ونشرها بصفة مديرها المسؤول . ومع

ان مشاغله الكثيرة كانت تستنزف كل ما لديه من الوقت وما له من القوة، فانه اصبح الآن مجبراً على الكتابة وانشاء المقالات ، او ان يحصل بمختلف الوسائط في كل شهر على المواد اللازمة لملءصفحات المجلة ليستطيع تقديمها الى القراء . وظاهر ان هذا العمل فوق طاقة رجل واحد فاستعان باحد تلامذته القدماء لانشاء بعض ابواب المجلة . وسهل عليه ذلك لان هذا المساعد كان يعلم اذ ذاك في الكلية السورية الانجيلية .

ولا ريب ان من تجرد عن الغرض وكانت له خبرة في انشاء الصحف والمجلات . يرى ان هذه المجازفة لا يمكن ان يقيض لها النجاح من الوجهة المالية ، اذ انه لم يكن في البلاد حينئذٍ عدد كافٍ من الاطباء الناطقين بالعربية ، هذا على فرض ان كلاً منهم اصبح من قراء المجلة فاشترك بها ودفع بدل الاشتراك بصورة منتظمة . وفضلًا عن ذلك لم يكن بالمستطاع الاعتماد على ريع الاعلانات في المجلة لتلافي العجز الحاصل، لانه لم يكن في ذلك العهد ما كان حرياً بالاعلان عنه في مجلة طبية . غير ان الدكتور بوست لم يستنكف من بذل الجهود الجبارة في سبيل المجلة ، ولم يحجم عن القيام بكل التضحيات الشخصية الواجبة ، فاستطاع بذلك ابقاء مجلة الطبيب حية بضع سنوات . ولكنه اجبر في النهاية على وقفها بعد ان تيقن من استحالة بقائها في قيد الحياة. وقبل احتجاب المجلة حاول اطلاق آخر سهم من كنانته فعهد بادارتها ونشرها الى تلامذته القدماء الواحد منهم بعد الآخر . غير ان هؤلاء لم يكونوا اسعد حظاً من استاذهم ، فلم يطل الأمد حتى توقفت المجلة عن الصدور، ونفذ بها المصير المقدور .

يشهد ما تقدم على ما اتصف به بوست من المثابرة والاقدام لبلوغ اغراضه . ولم يكن مدققاً في شؤونه العلمية فحسب بل المشهور عنه انه كان حريصاً متشدداً في شؤونه المالية الى درجة الطمع. واشتهر عنه ذلك لان من مبادئه او من عادته الطبيعية ان يحرص على نيل حقوقه غير منقوصة في كل معاملة . فاذا عقد صفقة ، او اتفاقاً مع احد الناس يطلب اليه تنفيذ بنود الاتفاق حرفاً حرفاً وكان من طبعه حب الهزل والفكاهة . ولكن ذلك كان يبلغ به احياناً درجة التهكم . وكان من الافذاذ الفلائل من حيث اقتداره في اللغة الانكليزية وكان خطيباً مصقعاً صحيح البيان جليّ الموضوع . اما في مهنته فكان من مهرة الاطباء فاستطاع بذلك ان يجتذب اليه عدداً كبيراً من الاصدقاء من كل الطبقات والمذاهب . وكان بين مرضاه عدد من الرجال البارزين نظير الامير عبد القادر الجزائري الذي حارب الجيوش الفرنسية مدة خمس عشرة سنة ثم غلب على امره فاستسلم الى الجنرال لاموريسير الفرنسي واقسم يمين الاخلاص لفرنسا .بعد ان كان من ألدّ اعدائها . وفي سنة ١٨٥٢ نفاه لويس نابليون الى دمشق التي اختارها مقاماً له ، وجعل له راتباً كبيراً يليق بمقامه الرفيع .

وكان من مرضاه ايضاً رستم باشا متصرف لبنان الذي كان يعرف بالحاكم العادل (١٨٧١ — ١٨٨١) فان الباشا كان يحشو خراطيش بندقيته ، فانفجرت احداها في يده وجرحته جرحاً بليغاً . فعالجه الدكتور بوست واستطاع بمهارته المحافظة على الاصابع ما عدا اثنتين منها كان نصيبهما البتر . فسرّ الباشا سروراً عظيماً واراد مقابلة الجميل بمثله فزار الكلية بعد شفائه

وتفقد اقسامها ثم انه كتب رسمياً الى اصدقائه من الوزراء في الاستانة فاستطاع بنفوذه لديهم من اكتساب عطف الحكومة على الكلية ، وسواها من المدارس الاميركية .

غيرته الدينية

كان بوست انجيلياً مخلصاً ومرسلاً مسيحياً حقيقياً يتصف بالغيرة على المذهب الانجيلي كما كان على فن الجراحة ، مع ان هذه الاخيرة كانت تستغرق الجانب الاعظم من اوقاته . وكان محافظاً اكثر منه مجدداً ،متعصباً لمذهبه اكثر منه متساهلاً نحو مذاهب الآخرين . وذكر القس ص . م . زويمر في كتابه « مهد الاسلام » ان بوست حضر الاجتماعات الدينية في مدينة شيكاغو باميركا وكان يخطب في ذلك الاجتماع المسلم الاميركي محمدوب فاطرى الاسلام والقرآن اطراء عظيماً فما كان من الدكتور بوست الا ان وقف ورد عليه رداً حمل به على القرآن حملة عنيفة. وقال عنه ابنه الدكتور ويلفريد بوست بنفس المعنى « لم يكن ابي من المعجبين بالنبي محمد ولكنه كان يجتنب الكلام عنه في مواعظه واحاديثه وظاهر ان هذه الصفة التي كان يتصف بها الدكتور بوست في سوريا لم تكن ناجمة عن تساهله واحترامه للاديان الاخرى . وربما كان السبب في ذلك على حدّ ما يعتقد به احد تلامذة الدكتور القدماء ، ان اكثر الغربيين عن التقاليد الاسلامية لا يستطيعون ان يفهموا فهماً كاملاً التطور الاجتماعي للفكر والعادات العربية . واريد ان اقول تبريراً للدكتور بوست انني بعد المشاهدة والاختبار وجدت ان الكثيرين من الغربيين يظهرون بانهم لا يستطيعون فهم حقيقة تعاليم القرآن

واستحسان ما اختص منها بالزواج والطلاق وتعدد الزوجات ، وبالاحوال الشخصية للنساء من الوجهة الاجتماعية والاقتصادية والسياسية وغير ذلك . وليس بامكانهم ان يروا ان الشريعة الاسلامية جعلت ملائمة للزمان والمكان والاحوال التي وضعت لها، موافقة للاخلاق الخاصة التي كان يتحلى بها الشعب الذي نشأت فيه ، ولتاريخه وعاداته وتقاليده ومزاجه ودرجة ارتقائه النفسي ولا يستطيع هؤلاء النفر من الغربيين ان يحققوا ويعجبوا بما احدثته الشريعة الاسلامية ، من التقدم الاجتماعي وما له من الخطورة الروحية . وغاب عنهم ان الشريعة الاسلامية تفوق كل ما كان منتشراً في شبه جزيرة العرب من المذاهب والعادات قبل زمن النبي محمد ومابقي شائعاً منها بعده في الاصقاع البعيدة النائية من تلك الجزيرة العظيمة . وبعض من هؤلاء الناس لا يعرف ان كثيراً من الامور تبيحها الشريعة ولا تأمر بها ، وا ـــ بعض العادات الشائعة عند بعض الامم الاسلامية لا يحمل تبعتها الدين الاسلامي ، كما ان الكثير من العادات الذميمة الشائعة عند الملل المسيحية المختلفة لا تحمل تبعتها الديانة المسيحية. ثم ان الكثيرين ممن انتقدوا الاسلام لا يعرفون عنه الا الشيء القليل، ولذلك فهم يسيئون فهمه ويسيئون افهامه للآخرين وتكون النتيجة انتشار هذه الآراء بشأن الاسلام وانتقالها من الكاتب الواحد الى الآخر بدون ان يتناولها التدقيق والتمحيص، هذا اذا لم يكن قدعمل التعصب عمله فيها فشوهها وافسد حقيقتها بتأثير النعرات المختلفة التي قد تتطور فتصبح عداء صريحاً وعليه فاننا بازاء هذه الحقائق الثابتة نستطيع ان نرى ان موقف الدكتور بوست من القران ، انما هو مثال واحد من الامثلة الكثيرة من هذا النوع

فيفقد اذ ذاك هذا الموقف شيئاً كثيراً من قيمته الشخصية » . ويضيف ابن الدكتور بوست الى ما تقدم ان بعض المرسلين من الاميركان يرون انه قد حان الوقت للحملة على الاسلام ونقده بالحجج الرئيسية والبراهين اللاهوتية التي تظهر فساد الدين الاسلامي فتجعل المسلمين يغيرون دينهم على انه يقول ان والده لم يكن يوافق على هذه الخطط العقيمة بل كان يقول « اننا نريد ان يصبح المسلمون مسيحيين ونرغب اليهم نبذ تعدد الزوجات ورفع الحجاب ولكن قبل ان نجعلهم مسيحيين علينا ان نجعلهم اصدقاءنا ، اذ اننا لا نغلب الاسلام بعقائدنا بل بحسن سيرتنا » .

وكان بوست ينشر المقالات الدينية تباعاً في مجلة مدرسة الاحد وفي مجلة الانجيلي واشتهر في عالم المرسليات الدينية على اثر خطبة القاها في مؤتمر المرسلين بلندن في السنة ١٨٨٨ .

ولم يكن الدكتور بوست يستطيع تحمل ما يصيب سواه من الألم والعذاب . ومما ارهقه في الصيف الاخير من حياته ، العناء الذي اصابه في محاولته مد يد المعونة لمنكوبي المذابح الارمنية في ادنه في السنة ١٩٠٩ . وكان عضواً في لجنة جمعية الصليب الاحمر الخاصة ببيروت . ومما يذكر ان اول بعثة اسعاف تمكنت من الوصول الى المناطق المنكوبة كانت البعثة التي اوفدتها هذه اللجنة . وكانت تتألف البعثة المذكورة من الاطباء والممرضات ومعهم المقادير الكافية من الادوية والاقوات . وأثر فيه تأثيراً عظيماً حبوط الحركة الاصلاحية في الدولة العثمانية وما ظهر فيها من اساءة فهم الحرية الحقيقية في الشؤون الدينية والاجتماعية . وما عقب ذلك من الحوادث الدالة

على التعصب والقساوة .

واثرت في نفسه تأثيراً عظيماً ثورة الطلاب المسلمين في الكلية وامتناعهم عن حضور الاجتماعات الدينية وصفوف التوراة. ومع ان هذه الثورة امكن التغلب عليها بحزم الادارة وصلابتها ، فان حدوثها ترك اثراً عظيماً في قوى الدكتور بوست المتداعية .

واخيراً اصابه زكام شديد انقلب الى التهاب في الرئة كان السبب في وفاته. واسلم انفاسه الاخيرة في منزله بقرية عاليه بلبنان حوالي نصف الليل في ٢٩ ايلول من السنة ١٩٠٩ فاقام له على الاثر اصدقاؤه المحبون صلاة بسيطة وهم الدكاترة هنري وصموئيل جسب ، ودانيال بلس . وتوافد اهل القرية زرافات لاظهار حزنهم واحترامهم للمرة الاخيرة وشاؤوا ان يحملوا النعش الى حدود القرية .

واقيمت صلاة اخرى عمومية عن نفسه في كنيسة المرسلية الانجيلية في بيروت فترأس الصلاة رئيس الكلية الدكتور هورد بلس. وأبنه كل من القس صموئيل جسب والقس هوسكنس والقس هاردن باللغتين الانكليزية والعربية . ودفن في مقبرة المرسلية القديمة حيث يرقد كثير من اصدقائه رقدتهم الاخيرة .

درجاته العلمية واوسمته

نال الدكتور بوست اعترافاً بخدماته الجلي درجة دكتور في اللاهوت من جامعة نيويورك في السنة ١٩٠١، ونال الرتبة الشرفية نفسها من جامعة ابردين في السنة ١٨٩٦ . ومنحته الحكومة الالمانية وسام النسر الاحمر ووسام فرسان بيت المقدس . كما ان الحكومة العثمانية منحته الوسام المجيدي العثماني

ونال وساماً آخر من دوقية سكسونيا وكان عضواً في عدد كبير من الجمعيات والمجامع الطبية والعلمية في فيلادلفيا ونيويورك ولندن واونبرغ .

زوجته واولاده

تزوج جورج ادورد بوست في السنة ١٨٦٣ وهو في الخامسة والعشرين من ساره ريد ابنة فرنسيس وروبرت ريد من جيورجتون في كارولينا الشمالية وخلفته زوجته بعد ان قاسمته الحلاوة والمرارة في حياته الطويلة . وولد لهما ستة اولاد وهم : ارثر وروبرت والفريدا وفرنسيس وبرترام وويلفريد وهذان الاخيران دكتوران في الطب .

تاليفه

الف الدكتور بوست في العلوم الطبية والطبيعية والدينية اما مؤلفاته الطبية فهي التالية :

١) اخبار طبية وهي مجلة طبية شهريه عربية لم يصدر منها عن بيروت غير اربعة اعداد في السنة ١٨٧٤

٢) الطبيب وهي مجلة طبية عربية قامت مقام المجلة الاولى بعد احتجابها ونشرت ثلاث سنين اي من السنة ١٨٧٤ الى السنة ١٨٧٦ ثم توقفت عن الصدور . ثم اعيد اصدارها سنة اخرى في السنة ١٨٨١ وثلثي سنة في السنة ١٨٨٢ . وكان ينشئها في هاتين السنتين جورج بوست ووليم فانديك اما مدير اشغالها فكان شاهين مكاريوس . وفي السنتين ١٨٨٤ و ١٨٨٥ اصدر منها ٢٤ جزءاً الشيخ ابرهيم اليازجي والدكتوران بشاره زلزل وخليل سعاده. وصدرت كل هذه الاجزاء عن بيروت

٣) المصباح الوضاح في صناعة الجراح وهو مؤلف في الجراحة طبع في بيروت السنة ١٨٧٣

٤) الاقرباذين او المواد الطبية نشر تباعاً في بيروت في السنوات ١٨٧٤ – ١٨٧٦ وبعد ذلك كملحق لمجلة الطبيب

٥) مبادىء التشريح والهيجين والفسيولوجيا صدر عن بيروت وتاريخه غير معروف .

اما مؤلفاته في التاريخ الطبيعي فهي التالية :

٦) كتاب نظام الحلقات في سلسلة ذوات الفقرات صدر جزؤه الاول عن بيروت في السنة ١٨٦٩ وجزؤه الثاني في السنة ١٨٢، ١

٧) مبادىء علم النبات بيروت السنة ١٨٧١

٨) نبات سوريا وفلسطين والقطر المصري بيروت السنة ١٨٨٤

٩) جغرافية نبات سوريا وفلسطين وهي مقالة القاها بوست في مؤسسة فيكتوريا بلندن في السنة ١٨٨٨

١٠) النبات نشر في عشرة اجزاء في لوزان ١٩٩٠ – ١٨٩٢

١١ – نبات سوريا وفلسطين وسيناء من طوروس الى رأس محمد ومن البحر المتوسط الى صحراء سوريا . نشرته الكلية السورية الانجيلية في السنة ١٨٨٣ . وهذا الكتاب هو افضل واكبر تصانيف بوست العلمية التي خصص لها افضل سنوات حياته .

١١) مكرر طبعة ثانية للكتاب نفسه مصححة وفيها زيادات كثيرة اضافها الى المؤلف الاصلي جون ادورد دينسمور نشرته الجامعة الاميركية

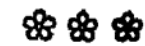
في بيروت في السنة ١٩٣٢ - ١٩٣٣

واما مؤلفاته الدينية فهي التالية :

١٢) فهرس الكتاب المقدس بيروت ١٨٧٣ — ١٨٧٧

١٣) قاموس الكتاب المقدس بيروت ١٨٩٤ — ١٩٠١

وليذكر القارىء ان هذه القائمة المتقدمة لا تشتمل الا على اعظم مؤلفات بوست شأناً وله مؤلفات ومقالات اخرى كثيرة دون هذه مقاماً لا يتسع المجال لذكرها .



الغازات الخانقة

للعليم محمد محرم

استعملت الغازات الخانقة للمرة الاولى الجيوش الالمانية في اليوم الثاني والعشرين من نيسان عام ١٩١٥ إبان الحرب الكبرى ونشرت منها سحائب كثيفة على الخنادق الفرنسية في منطقة ايبر ، ثم عم استعمالها بعد ذلك حتى انتهاء الحرب .

والغازات الخانقة على اشكال : بعضها قتّال يقتل حالاً بفلجه المجموع العصبي (كغاز الاسيدسياندريك مثلًا) وبعضها يميت بتسميمه عناصر الدم (كغاز حمض الكاربون مثلًا) كما ان بعضها يبيد بفلجه خلايا الرئة واحداثه الاختناق (كغاز الكلور ، والاوكسي كلوروردي كاربون) .

والى جانب هذه الانواع الخطرة من الغازات الخانقة غازات لا تميت بل تهيج دموع العين او تسبب عسرة في التنفس فقط ، وقذف الغازات الخانقة إما ان يكون بواسطة اوانٍ خاصة ممتلئة بها تحت ضغط متوسط كما يحصل في الخنادق الامامية من ساحات القتال او بواسطة قذائف المدافع والطائرات او قذائف اليد . وفي جميع هذه الحالات يكوّن الغاز المنطلق طبقة كثيفة على سطح الارض وينتشر بصورة تدريجية بتأثير الهواء وتزداد شدته ووطأته كلما كان الطقس بارداً والرياح بطيئة . واذا اضيفت مادة (كلوريدين سولفين) الى غاز خانق يصير كثيفاً كالدخان

ويسبب سعالاً جافاً شديداً لمن يستنشقه قبل ان يميته .

اعراض التسمم بالغازات الخانقة :

ان الغازات الخانقة على نوعين هامين

(١) غازات القتال .

(٢) غازات الانفجار .

١ . — غازات القتال : - تختلف وطأة هذه الغازات بحسب انواعها ايضاً ، فالنوع المعروف منها « بالمهلك » او « الصاعق » يقتل الانسان حالاً اذا استنشقه وقد مات بسببه كثير من المحاربين في خنادق الحرب الامامية . واما النوع المعروف « بالخطر » فانه يسمم الانسان ولا يقتله حالاً كغاز (الكلور)و (الاوكسي كلوروردي كاربون) او (فوسجهن) و (الكلورو بكرين) و (الكلوروفورميات دي بكرين مع الكلور) او (پاليت Palite) و (السرتون مع البروم) . والشخص المعرض لجميع هذه الغازات « الخطرة » يشعر في البدء بتهيج ودمعان في عينه ودغدغة في حنجرته ثم بعسر في التنفس وانقباض شديد في الصدر كالانقباض الذي يشعر به المصابون بالربو ثم يشكو همودا عضلياً قوياً يجبره على الوقوف اذا كان ماشياً ثم يقع على الارض مغمياً عليه ، وبعد قليل تزداد الدغدغة في حنجرته فيسعل سعالاً شديداً يرافقه قيء غزير . فاذا اسعف الشخص المتسمم او توقف انتشار الغاز فان حالته تحسن رويداً رويداً ويستفيق منزعجاً من ألم في حنجرته واسفل صدره ولكن هـذا التحسن ظاهر لا يدوم اكثر من بضع ساعات (واحياناً ٢٤ او ٤٨ ساعة) تليه اعراض خطرة ويصاب على

اثرها المسموم (١) بالتهاب القصبات والرئة معاً وقد يكون هـذا الالتهاب شديداً ومفضياً الى الموت (٢) ثم باعراض قلبية تجلى بسرعة النبض حتى ان نبضاته في بعض الحالات تزيد عن المائة في الدقيقة ثم يضعف النبض بعد هذه السرعة حتى ينزل الى الستين اما اذا ظل على سرعته رغم اسعاف الشخص المتسمم فان ذلك يدل على انه لن ينجو من الموت . اما الكليتان فان الغاز الخانق يندر ان يؤثر فيهما لذلك فان المتسمم يبول كعادته بدون ان يحتاج الى اي مداخلة طبية . وقد شوهد في المتسممين بالغازات «الخطرة» اثناء الحرب العامة موات في الاطراف السفلية استوجب بتر تلك الاطراف.

اما النوع المعروف بالغاز المنفّط (Vésicant) من غازات القتال ومنه الايبريت (Ypérite) و(السولفوردهتيل ديكلوره) فقد استعمل كثيراً اثناء الحرب العامة وكان يقذف من الصفوف الالمانية بواسطة قنابل عليها اشارة صليب اصفر . والغاز المنفط يمتاز من الغازات « المهلكة » و« الخطرة » التي مر الكلام عنها (١) ببقائه مدةً طويلة على سطح الارض (٢) بعدم احداثه اعراضاً هامة في بدء التسمم بسبب استنشاقه او ملامسته فاذا انفجرت قنبلة من القنابل الحاوية لغاز (الايبريت) مثلاً فان الاشياء القريبة من مكان انفجارها تتشرب هذا الغاز مدةً طويلةً (احياناً ثلاثة ايام) واذا استنشق الانسان هذا الغاز فانه لا يشعر في بادىء الامر بأدنى انزعاج بل يشم فقط رائحة تشبه رائحة الثوم او الخردل . ومن هذا يتبين ان الغازات التي هي من طائفة الغازات « المنفطة » على جانب كبير من الخطورة لانها لا تزول حالاً من الاماكن التي انبعثت منها ولانها تسمم الانسان بدون ان تحدث فيه

اعراضاً تستلزم الحذر والانتباه . وقد تبين من الاختبارات التي اجريت على غاز الايبريت ان هذا الغاز يسمم كل من يطأ ارضاً مضى على انفجاره من القنابل فيها ثلاثة ايام او اكثر ويسمم ايضاً الاشخاص الذين يلامسون او يستنشقون رائحة ثياب من تعرضوا لاستنشاقه قبل ثلاثة ايام ولا تظهر اعراض التسمم بالايبريت حالاً بل تظهر بعد مضي ست ساعات او اثنتي عشرة ساعة ، هذا اذا كانت مقاديره قليلة ، اما اذا كانت وافرة فان الاعراض تظهر بعد ساعتين . وهذه الاعراض تتلخص بغثيان يليه قيء واوجاع في الرأس وهمود في القوى ثم بعد ظهور هذه الاعراض ببضع ساعات يشكو المتسمم ألماً في العين ووخز البؤبؤ ثم لا يعود يقوى على فتح جفنيه . ولا تقف اضرار العين مع الاسف عند هذا الحد بل تتعداه الى التهاب طبقة العين الضامة تحمرّ بسببه العين احمراراً قاتماً يرافقه انتفاخ في الجفنين ثم يلتصق الجفنان بسبب القيح الغزير الحاصل بنتيجة الالتهاب وقد تلتهب طبقة العين القرنية ايضاً وتحصل تثقبات فيها . والتهابات العين هذه تشفى اذا لم يمت المتسمم بظرف عشرة ايام او ثلاثة اسابيع اما الحالات الخطرة منها فانها تتطلب مدةً لا تقل عن الشهرين لشفائها . وتظهر في المتسمم بغاز الايبريت عدا الاعراض العينية اعراض جلدية ايضاً : فتظهر على جسده حمرة يرافقها اندفاع يتألف من نفاطات (Phlyctènes) صغيرة كالفقاقيع ووذمة . والاعراض الجلدية هذه تظهر عادةً بعد بضع ساعات من استنشاق هذا الغاز او من ملامسة الجسم للثياب او الرفادات التي تشربته او من الجلوس على المقاعد التي تلوثت به ويرافق الاعراض الجلدية

حس لهيب في الجلد وحكة خفيفة ثم تخف الحمرة بعد يومين من ظهورها وينقلب لونها الاحمر الى بنفسجي قاتم ثم الى نحاسي وعندما تشفى تظهر في مكانها قشور دقيقة كالنخالة وهذه علامة من علائم شفاء الاعراض الجلدية وقرب زوالها . وقد شوهد في المتسممين بهذا الغاز طفح يشبه الطفح الذي يحصل في المصابين بالقرمزية (السكارلاتين) لكنه لا يدوم اكثر من ٢٤ ساعة ثم ينقلب لونه الاحمر الى بنفسجي ويزول دون ان يرافق ظهوره وذم او وجع .

والغازات المنفطة هذه ، ومنها الايبريت بوجه خاص ، تؤثر ايضاً في الرئتين تأثيراً سيئاً فيكفي ان يستنشق الانسان مقادير جزئية منها حتى يشعر بدغدغة في حنجرته تليها بحة قوية في الصوت وقد تتكون في الحنجرة اغشية كاذبة تسد مجاري التنفس كما يحدث في الخناق وتسبب الاختناق واذا انضمت الى تأثيرات الغاز الخانق تأثيرات الجراثيم التي تسطو دوماً على مجاري التنفس يصاب المتسمم بالتهاب الرئة والتهاب الرئة والقصبات وخراج الرئة وغنغرينة الرئة . ومما تقدم يتبين ان للايبريت تأثيراً خاصاً في خلايا الرئة وانه يجب ان تنسب الى التسمم بهذا الغاز جميع الحالات التي ادت الى ظهور اعراض رئوية شديدة في المتسممين بالغازات الخانقة وترافق التهابات الرئة هذه اعراض عامة كالقيء والغثيان المستمر والامساك وهمود القوى والحرارة المرتفعة الى درجة الاربعين وارتفاع الحرارة من اهم الاعراض التي يجب ان لا يسهو الطبيب المعالج عنه اذ عليه وحده يتوقف مصير المتسمم .

ومن غازات القتال الغازات المخدشة او الغازات المدمعة (كغاز البرومور دي بازيل) وهي غازات اذا لامست عين انسان تدمعها بشدة فيضطر المرض لها الى اغماض عينيه ودموعه تسيل بغزارة هائلة فينجم عن فرط الدمعان هـذا التهاب في طبقـة العين الضامة تحمر له العين ويفيض ماؤها حتى يخدش جلد الجفنين والخدين ويحدث فيهما احمراراً وتقرحاً تستقر فيه الجراثيم المقيحة ويسيل منه صديد ازرق اللون . ومن الغازات المخدشة ما يسبب عطاساً مستمراً (كغاز كلوروردي فنيل آرسين) وهو غاز يشعر من يستنشقه بوخز في انفه ثم بعطاس غير منقطع يدوم نصف ساعة او اكثر ويلي العطاس وجع في الرأس وانحطاط في القوى وسيلان غزير باللعاب وهذه الاعراض كلها تدوم بضع ساعات . ومن غازات القتال التي تقدم ذكرها غاز سام يسبب انزعاجاً قوياً لمن يستنشقه قبل ان يميته وهو غاز (حامض السياندريك) فالاشخاص المعرضون لاستنشاق هذا الغاز يشعرون باوجاع فجائية في الصُدغين والنقرة ثم تحصل غشاوة على اعينهم فلا يعودون قادرين على رؤية الاشياء التي حولهم . فاذا لم يسعف الشخص المتسمم بهذا الغاز يميل بعد مدة وجيزة رأسه الى الخلف من شدة الالم في النقرة ويفقد توازنه ويسير سيراً تطوحياً كالثمل ثم يسقط على الارض فاقداً صوابه فتتصلب اطرافه وتتوتر ويبطيء تنفسه ثم يقف تماماً مـدة قصيرة يعود بعدها المتسمم الى شهق شهقات متتالية متقطعة ثم يسيل بوله ويندفع غائطه ويموت وهذه الاعراض جميعها لا تدوم اكثر من خمس دقائق .

غازات الانفجار : ومنها غاز (حمض الفحم) يدخل هذا النوع من الغاز

في تركيب البارود المستعمل لصنع القذائف او الالغام الحربية وقد تبين ان انفجار كيلو واحد من القذائف المحتوية على هذا الغاز ينشر ٦٠٠ - ٨٠٠ ليتر منه في الهواء وهو غاز شديد الخطورة يميت فوراً اذا كانت مقاديره المستنشقة وافرة اما اذا استنشق بمقادير معتدلة فانه يسبب آلاماً في الرأس وخاصة الصدغين وطنينا في الاذنين وغشاوة في العينين ثم يشعر المسمم به بدوار شديد ويقع على الارض . فاذا اسعف يستيقظ بعد غيبوبة طويلة كالثمل ويهذي ويقص قصصاً شاذة غير متناسقة لا ارتباط بينها ، وهذا ما جعل المحاكم العسكرية تحكم على كثير من المحاربين اثناء الحرب باحكام صارمة بتهمة السكر في الحرب مع ان هؤلاء المحاربين البؤساء لم يكونوا ثملين قط بل صمدوا للعدو وتسمموا بغازه الخانق . ويلي هذه الاعراض في المتسممين بهذا الغاز همود في القوى وسبات عميق ينسدل في اثنائه الجفنان وقد تحصل فلوج موقتة في بعض عضلات الاطراف العلوية والسفلية كما تحصل حمرة ووذمة في الوجه والاطراف .

ومن قراءة هذه السطور يتبين ما للغازات الخانقة من الشأن والخطورة في الحروب وهذا ما دعا الامم الى اتخاذ الوسائل الفعالة المستعجلة لدرء اخطارها عن سكان المدن الامنين ، وان من يطالع صحف العالم يدرك ان الشرق الادنى سيكون حتماً احد مسارح النزاع العالمي وان الواجب يقضي على كل شخص ان يفكر من الآن في الوسائط التي تقيه شر الغارات والغازات واني اعتقد ان احسن طريقة لاتقاء مصائب الحرب في بلادنا على قدر الامكان هو العناية بالامور الآتية :

١ . — شراء قنع (كمامات) وتوزيعها على السكان بما امكن من السرعة . ٢ — فتح اعتمادات كبيرة من صندوق الدولة او من صندوق المصالح المشتركة لبناء ملاجيء حديثة يلجأ اليها السكان في الاحياء في اثناء الغارات الجوية كالملاجيء التي تبنى الآن في مدن اوروبا . ٣ . — تدريب اطباء الصحة على درس الاساليب الحديثة المتبعة في معالجة المتسممين بالغازات الخانقة والقاء محاضرات عن اساليب المعالجة . ٥ . - تأسيس فرق انقاذ مرتبطة بدوائر الشرطة مجهزة بسيارات سريعة لنقل الجرحى وبملابس لا تنفذها الغازات ولا تؤثر فيها النيران كفرق الانقاذ التي تعنى الامم الآن بتأسيسها . ٦ . — تدريب رجال الاطفاء وفرق الانقاذ على درس وسائل اطفاء الحرائق الحاصلة اثناء الغارات الجوية وانقاذ الذين يصبحون تحت الانقاض ٧ . — انشاء مستودعات تحت الارض لادخار المواد المشتعلة كالكاز والكبريت والغول والبنزين لتكون المدن بمأمن من انفجار هذه المواد اثناء الغارات الجوية ٨ . — تأسيس دوائر اعاشة وتموين في كل من المحافظات لادخار الاغذية منذ الآن في أماكن امينة لبيعها عند الطوارىء للاهالي باسعار معتدلة وحمايتهم من الغلاء الناشيء عن الاحتكار .

❀❀❀

تقليد الجروح و الامراض في اثناء الحروب

اما وقد كتب لنا ان نشاهد حرباً ثانية طاحنة وان نرى التجنيد اجبارياً في البلاد المتحاربة يجدر بنا ان نعود بالذكرى الى تلك الحرب الكبرى الماضية وان نتمثل امام اعيننا ما كنا نشاهده من انواع التقليد الذي كان يلجأ اليه بعض من الجنود للابتعاد عن ساحات الحرب وفي ذكر هذه الوسائل فائدة لبعض من الزملاء الذين قد ينخرطون في الجندية ويعهد اليهم بمعاينة الجنود المقلدين فلا تجوز عليهم مثل هذه الوسائط .

وطرائق التقليد بسيطة جداً او معقدة ومنها ما هو معروف ولا حاجة الى الاسهاب فيه : كاطلاق النار على نهايات الاطراف ولا سيما على اصابع اليد وقد حسن المقلدون هذه الطريقة بعد معرفتهم ان العيار الناري المطلق من مسافة قريبة يرافقه حرق لا يخفى امره على عين الطبيب، قلت لقد حسنوا هذه الطريقة باطلاق المرمي من خلال لوحة رقيقة من الخشب او كتلة من لب الخبز منعاً لحدوث الحرق . حتى انهم قد ذهبوا في اتقان تقليدهم الى ابعد من هذا الحد باشراك الآخرين معهم وذلك ان الرفيق يجعد جلد الصدر ويطلق النار عليه فيظهر مدخل ومخرج للمرمي بميدان بعض البعد احدهما عن الآخر ولا يكاد يعرف هذا التقليد متى كان الجنود في ساحة الحرب والامر فوضى بل يظن ان المرمي قد اخترق الصدر غير ان الاعراض الرئوية لا ترافق هذه الجروح .

وكتقرحات الجلد المصطنعة بدلكه باحدى المواد الكاوية والفلغمونات المحدثة بحقن تحت الجلد بزيت النفط (البترول) او عطر التربنتينا. وقد جرؤ بعضهم على حقن مفاصلهم بعطر التربنتينا. وفي هذا ما فيه من الخطر الشديد على وظيفة المفصل لا بل على الحياة ايضاً فاوهموا الفاحص انهم مصابون بالتهاب حاد او بورم ابيض مبتدئ

ويحقن البعض لحمتهم (تحت جلدهم) بزيت البارفين محدثين مكان الحقنة ورماً صلباً منتشراً غير ان هذا التقليد نادر. وذكر احد المؤلفين حادثة غريبة من هذا النوع هي ان احد الجنود حقن ناحيته الشرسوفية بزيت البارافين مقلداً بالورم الذي احدثه فيها سرطاناً في المعدة وذهب في تقليده الى حقن الحفرة فوق الترقوة ببضع قطرات من هذا الزيت فكان منها ان ظهرت عقيدة صغيرة فيها ليوهم الفاحص انه مصاب بسرطان المعدة وان علامة تراوزيه وهي انتباج العقد اللنفاوية في الحفرة فوق الترقوة ظاهرة فيه.

وتقليد الآفات الرثوية صعب كشفها وتشخيصها. فان المقلدين يدعون آلاماً عصبية في مفاصلهم التي لا تبدو فيها اقل علامة مرئية حتى ان البعض منهم يلازمون اسرتهم عدة شهور ويفضي تثبيت مفاصلهم الى حالة شبيهة بالجسأة (التصاق المفصل) والتخدير العام وحده كاف لنفي التقفع العضلي.

ويقلد البعض الصرع ولا يستطاع كشف تقليدهم الا بعد استشفاء المرض مدة مديدة ومراقبته عن كثب في اثناء النوب. فان المقلد مهما كان بارعاً لا يستطيع ان يقلد نوبة الصرع تقليداً تاماً. ولينتبه الى عضة اللسان والى توسع الحدقتين في اثناء النوبة وعدم تفاعلهما بالنور والى نقص

المنعكس الحدقي او امحائه التام .

ويقلد البعض خفقان القلب حتى تشوش انتظامه بالاكثار من القهوة والشاي والتبغ وهذه الطريقة معروفة وسهلة المعرفة ومثلها الوذمات الاصطناعية التي تعقب ربط الاطراف برباط عريض ولا ترافقها بيلة آحينية ولا آفة قلبية .

والامر الذي يستحق الذكر هو تقليد اليرقان باخذ الحامض البكري فان جرع هذه المادة يفضي الى حالة مشابهة لليرقان الناجم عن التهاب الكبد غير ان غيبة الاصبغة الصفراوية من البول وكشف الحامض البكري في مصل الدم والبول يرشدان الى سبب هذا اليرقان المصطنع . اضف الى ذلك ان الغائط لا يحول لونه والنبض لا يبطيء والكبد لا تضخم ويظهر اليرقان باخذ مقادير قليلة جداً من الحامض البكري لا تتعدى بضعة سنتيغرامات اي قبل الوصول الى الجرعة السامة لحادثات الانسمام بالحامض البكري والحالة هذه نادرة جداً ومتى حدثت اتصفت بمعص (crampe) وقلوج واقياء واسهال وارتعاش وهزال وفقر دم .

ومنهم من يقلد نفث الدم والسل ويستعمل طرقاً عديدة في تقليده ولعل اغربها وادلها على حذق هؤلاء المقلدين ومهارتهم انهم يغتنمون فرصة الظلام في قاعة الاشعة فيطلون اعلى صدورهم بمرهم الزئبق الظليل على الاشعة المجهولة ليوهموا الاشعاعي الذي يعاينهم ان في رئتهم تصلباً سلياً .

وبلغت الجرأة في البعض الى تمزيق الغشاء المضلي في الاربية باصابعهم او باحدى الآلات وتقليد الفتق الاربي غير ان المعاينة تثبت ان الاصبع

ولو لامست الامعاء مباشرة فان الامعاء لا تنزل من خلال الحلقة .

وقد قلّد بعضهم فقر الدم الشديد باخذهم بعض المواد الحالّة للدم .

واستنشق البعض الآخر ابخرة الكلور والبروم فاحدثوا التهابات قصبات مشابهة بالاصغاء اتم المشابهة لالتهاب القصبات العادي .

وقلد بعضهم هبوط المستقيم وطريقته ان ادخلوا في الشرج كيساً صغيراً مملوأً حمصاً وبعد ان تركوه بضع ساعات وانتفخ الحمص فيه استخرجوه بشدة فاحدث استخراجه هبوطاً في الغشاء المخاطي واستمرّ هذا الهبوط بضعة ايام.

يفهم مما ذكرنا ان طرائق التقليد عديدة غير ان كشفها بالمعاينة السريرية وبفحوص المخبر ممكن اذا ما نبه خاطر الطبيب اليها .

م . خ .

❀❀❀

الشعب والتلقيح

ان آراء الشعب متضاربة جداً في فائدة التلقيح المضاد للحميات التيفية واخطاره فمنهم المحبذون الذين منذ ان لمسوا فائدته لا ينقطعون عنه في كل سنة او كل ستة اشهر ومنهم النافرون الذين يفضلون الحمى التيفية وشدة وطأتها على ما يحدثه اللقاح من الانزعاج الطفيف فيهم ومنهم من لا يثقون بفائدة اللقاح ناقضين بزعمهم مقررات الفن ومنكرين فضل من سهروا الليالي الطوال في تحقيق هذا الاكتشاف الباهر. غير ان الحكومات لم تتأثر بمناقشات رجال الشعب في الشوارع والقاعات ولا بمجادلاتهم على صفحات الجرائد ولا بمحاضراتهم في تقبيح التلقيح واظهار اضراره الوهمية بل انها جرت على ما يقرره العلماء والاختصاصيون ولهذا نرى الحكومة الفرنسية قد سنت في اول حزيران من السنة ١٩٣٨ قانوناً بالتلقيح الاجباري ضد الحميات التيفية يخضع له كل فرنسي وفرنسية في سياق السنة الثانية والثالثة من العمر.

وقد كان حرياً بالحكومتين السورية واللبنانية ان تحذوا حذو الحكومة الفرنسية وتجعلا هذا التلقيح اجبارياً في سورية ولبنان حيث التيفية قرأة وحيث ضحاياها كثر لان الحكومة الفرنسية اذا سنت هذه الشريعة فمحافظة على ابنائها الذين يغادرون فرنسة الى المستعمرات والبلاد الاجنبية الموبوءة بهذه الحمى واما بلادها نفسها فتكاد تكون خالية من هذا الوباء.

-

وكما ان الحكومة السورية اقرت التلقيح ضد الجدري جرياً على من تقدمها من الحكومات بعد ان اقرّ العلم في العالم اجمع فائدة هذا التلقيح فجدير بها ايضاً ان تقرّ التلقيح ضد التيفية بعد ان اقرته الحكومة الفرنسية سيدة العلم والثقافة حتى ان التلقيح ضد الجدري لم تسر الحكومة السورية في الاجبار عليه سير الحكومة الفرنسية بل اخضعت له فقط الاطفال مع ان الحكومة الفرنسية قد سنت في ١٥ شباط من السنة ١٩٠٢ وفي ٢٧ تموز ١٩٠٣ قانوناً بالتلقيح الاجباري ضد الجدري يخضع له كل فرنسي وفرنسية وجميع الاجانب القاطنين فرنسة في سياق السنة الاولى والسنة الحادية عشرة والسنة الحادية والعشرين من عمرهم . فالفرنسي والقاطن فرنسة مجبران وفقاً للقانون الفرنسي على التلقيح ضد الجدري ثلاث مرات في الحياة غير ان الجنود والموظفين والتلامذة يعاد تلقيحهم في كل سنة وفي باريس اكثر من عشرين مركزاً للتلقيح مجاناً يقصد اليه من شاء ذلك . اما نحن فلا نوجب التلقيح ضد الجدري الا بعد الولادة ومتى ظهرت حادثة جدري في احدى انحاء البلاد السورية وفاجأتنا سددنا اليها هذا السلاح الماضي غير انه يأتي متأخراً بعد ان تكون الاصابات قد كثرت والداء قد انتشر وعم .

ولسنا نلقي القول جزافاً بل نعتمد فيه على الاوبئة التي ظهرت في السنوات الماضية وعلى التحقيق الذي قام به احد اطباء مستشفيات القديس لويس في باريس على الشعب الباريسي حيث التلقيح أعمّ وانا ننقل ترجمة كلامه لندرك ما يتهددنا قال : « اذا انتشر وباء الجدرى في باريس كان ما يقرب من ثلث الشعب عرضة لاقتبال الداء واما الحمى التيفية فان اكثر من ٩٠ ٪

معرضون للاصابة بها ، فما عساه ان يكون مصيرنا وحالتنا كما نعلم .

اننا طرقنا هذا الموضوع في زمن تكثر فيه الاوبئة للازدحام الذي تتطلبه الحروب ولاهمال بعض القواعد الصحية وللانتقالات السريعة التي تعرض بلداناً سليمة لاقتبال وباء جيء به من بلد الى آخر ، مؤملين ان تأخذ الحكومة السورية بعين الاعتبار هذا النصح وان تشدد في اجراء التلقيحين المضادين للجدرى والتيفية محافظة على صحة السكان في هذه الازمة الحرجة واذا وسعت دائرة التلقيح فادخلت فيه اللقاح المضاد للدفتيريا والكزاز تكون قد احسنت عملاً لان الشعب في زمن الحروب عرضة كالجنود لمختلف هذه الامراض ومايسنّ على الجند من القوانين يجب ان يشمل طبقة الشعب ايضاً . م . خ .

❀❀❀

الجزء ٥ المجلد ١٤

مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في تشرين الثاني السنة ١٩٣٩ م الموافق لرمضان المبارك السنة ١٣٥٦ هـ

معالجة الاقدام العرج الجراحية

في الشلل الطفلي

ان تشوهات القدم التالية للشلل الطفلي سببها وهن زمر من العضلات تتغلب عليها اضدادها فتتقفع وتنكمش محدثة التشوه او القدم العرجاء التي يدور بحثنا الان عليها .

ويقوم الاستقصاء السريري في حالة كهذه بالتفتيش عن آثار التقلص الباقي في بعض من العضلات وعن سلامة وظيفة العضلات الاخرى .

اما تحري التقلص العضلي بالمعاينة الكهربية فطريقة درسية غير ان المعلومات المجتناة منها في الاولاد ناقصة . والحركات التي تستطيع القدم العرجاء اجراءها كافية لمعرفة حالتها وهي تغني في الاولاد البالغين من العمر ٦ — ٧ سنوات عن المعاينات الاخرى .

ويستحسن درس المشي على سجادة متحركة فنستطاع بالنظر والجس معرفة قيمة العضلات الباقية . وتستطاع برسم القدم بالسينما البطيئة معرفة الاوقات المختلفة لاستناد القدم الى الارض واظهار تقلصات العضلات الباقية .

واذا كان لهذه المعاينة شأن كبير متى كانت الخطة الجراحية نقل الاوتار وغرسها فليس لها الا شأن ضئيل متى كانت الغاية من الطريقة الجراحية تصنيع العظم واصلاح التشوه الناجم عنه وتحسين وظيفة القدم اجمالاً .

مضادات الاستطباب : لا تنتظر قبل السنة السادسة نتيجة حسنة من التصنيع

سواء ا كان عظمياً او وترياً او عضلياً .

وما بين السادسة والعاشرة او الثانية عشرة لا يتعظم صقل القدم الا بعيداً عن الخطوط المفصلية فان الكعبة والزورقي والنردي تبدو في الرسم الكهربي كتونات (billes) ظليلة بعيدة احداها عن الثانية بعض البعد ولا تظهر في اي ناحية من نواحي القدم خطوط مفصلية معينة . ففي هذا الزمن (زمن التونات الشعاعية) تمنع التوسطات العظمية على الخطوط المفصلية منعاً باتاً لان عظام القدم جميعها غضروفية ومركزها فقط متعظم فلا تجنى من إيثاق المفصل ولا من اي طعم في هذا النسيج الاسفنجي اقل فائدة ثابتة .

وبعد السنة العاشرة او الثانية عشرة يبدأ الزمن الثالث او زمن التوسطات العظمية (ايثاق المفاصل والتصنيع) اذ تبدو بالرسم الشعاعي الخطوط المفصلية واضحة وضيقة يحيط بها نسيج اسفنجي كثيف ولا يمثل الجزء النير الا الغضاريف الرقيقة المغطية للمفاصل.

وقبل ان يقرر التوسط الجراحي على قدم عرجاء فلجية لا بد من الاعتداد بثلاثة عوامل:

كثرة الزمر العضلية المفلوجة على الطرف نفسه او على الطرف المقابل ايضاً .

طول الطرف المصاب بالنسبة الى الطرف السليم متى وقعت الآفة في طرف واحد .فان الشلل الطفلي يشل النمو طولاً فتكون هذه الآفة اكبر شأناً من فلج العضلات نفسها .

الاضطرابات الاغتذائية في الجلد الذي يكون متأهباً للشرث (engelures) وفي العظام التي تنقلب في الغالب قشرة رقيقة فيها نوع من اسفنجة زيتية لا متانة لها البتة.وقد يبدو الظنبوب فوق القدم العرجاء الفلجية سليماً غير ان بناءه يكون متبدلاً فهو سريع الانكسار ولا يصلح لاخذ الطعوم العظمية منه فلا بد والحالة هذه من اخذ الطعم من ظنبوب الطرف السليم وليس من ظنبوب الطرف المريض .

الاستطبابات : قبل تعين الاستطبابات ينظر في ما اذا كانت القدم العرجاء الفلجية ترد او لا ترد . ومعنى ذلك اذا كان يستطاع باليد تقويم القدم واعادتها الى حالتها الطبيعية او بالاحرى التجاوز على هذه الحالة الطبيعية او اذا كان لا يستطاع ردها لانقباض عضلاتها المضادة وانكماشها وما اذا كان تقويمها مستطاعاً بتصنيع الاوتار فقط واعادتها قدماً ترد . فاذا لم ترد القدم بعد تصنيع اوتارها كان سبب التشوه تبدلات العظم جرياً على شريعة دلباش اي تكون الاجزاء العظمية التي خف الضغط عنها لفلج العضلات في هذه الناحية ولانقباض

العضلات المضادة لها قد نمت فحالت دون الرد اليدوي .

فمتى كانت القدم ترد اوكان ردها قريباً من الدرجة الطبيعية جاز اجراء العمليات على العضلات او الاوتار في تقويمها .

واما متى تعذر الرد فالعمليات العظمية واجبة واذا صنعت عمليات على العضلات والاوتار فلاتمام العمليات العظمية فقط .

التوسطات الجراحية اجمالا : يصنع بعض منها : على الاقسام الرخوة : تصنيع الاوتار وغرسها والبعض الآخر على الصقل : ايثاق المفصل وتحديده .

غرس الاوتار : مثال على ذلك يخاط في وتر عضلة مشلولة وتر عضلة او اوتار عضلات قد احتفظت بتقلصها . ان هذه الطريقة حسنة في الزمن الاول اذ لا تجوز التوسطات على العظام والمفاصل وفي الزمن الاخير كمعالجة متممة لايثاق المفصل وتحديده .

إيثاق الاوتار (ténodèse)مثال عليه يؤخذ القسم الوتري من عضلة مشلولة ويفصل عن جسمها العضلي ثم يثبت هذا الوتر بعد توتيره في ثقب عظمي واقع فوقه فيقوم الوتر مقام رباط مفصلي منفعل مانعاً حدوث حركة غير مرغوب فيها .

ونتيجة ايثاق الوتر الآنية باهرة . غير ان ثبات هذه النتيجة مشكوك فيه . لان الوتر يطول مع مرور الزمن ولا سيا متى كانت القطعة المستعملة منه طويلة . واما اشتراك هذه القطعة الوترية بنمو الجسد العام فمشكوك فيه .

ايثاق المفصل (arthrodèse) : متى جاء زمن التوسطات العظمية كان ايثاق المفصل خير العمليات فاذا كانت القدم ترد اقتصر الامر على تقشير السطوح المفصلية وتثبيت القدم فتتحد السطوح العظمية وتصبح القدم قطعة واحدة متينة لا تحرك مفاصلها . واذا لم تكن القدم ترد رداً كاملًا لا يكفي ايثاق المفصل بل تقضي الحالة بنزع قطعة اسفينية من سطحي المفصل فتقوم القدم وتثبت بعدئذ في وضع حسن . ولا تجرى هذه العملية الا للاولاد الكبار واليفعان .

تحديد المفصل (arthrorise) يعنى به تحديد حركات المفصل بمسند عظمي وليس ايثاقه التام وابطال حركاته جميعها . وفي اجرائه طريقتان : بطعم عظمي او شريحة عظمية

بطعم عظمي : يؤخذ الطعم العظمي من ظنبوب الطرف السليم بالمنشار الكهربي

او بالازميل ويفضل الازميل لان المنشار الـكهربي بحسب اومبردان يضعف نشاط السطوح التي يقطعها بيد ان الآلة القاطعة لا تؤذي هذا النشاط الاحيائي .

وكيف يوضع هذا الطعم؟ يدخل(توبه) في اصلاح القدم القفداء (équin) الناجمة عن انقطاع المأبضي الوحشي ، الطعم ، خلف الفرضة الظنبوبية الشظوية فيجتاز المفصل تحت الـكعبة والمفصل العقبي النردي .

غير ان الفحج (valgus) ولا سيا الروح (varus) ينضم في الاقدام العرج الناجمة عن الشلل الطفلي الى القفد فـكيف يستطاع تثبيت الروح والقفد دفعة واحدة؟ يدور رأس الـكعبة وراس العقب (حدبتها الـكبيرة) في حركتي الفحج والروح احدهما حول الآخر . فاذا ما سمر هذان الرأسان العظميان في الوقت نفسه امتنع انفتال القدم نحو الروح او الفحج . وطريقة اومبردان هي ان يدخل طعم خلف الفرضة ويجتاز المفصل تحت الـكعبة وطعم ثان في الرأسين معاً وذلك بعد ان تقوم القدم تقويماً حسناً فيستحيل حينئذ الروح او الفحج واذا كانت القدم مقفعة (talus) يوضع الطعم امام الفرضة مجتازاً المفصل تحت الـكعبة .

شريحة عظمية : يقطع نوفهجوسيران شريحة من الـكعبة خلف الفرضة وجهها الخشن الى الامام ، ويقطع ميشال شريحة من الـكعبة امام الفرضة وجهها الخشن الى الوراء ويسند الى الفرضة وجه الشريحة العظمية غير الخشن . ويقطع كامبيل خلف الفرضة شريحة من الـكعبة وجهها الخشن الى الوراء . ويقطع بوتي امام الفرضة شريحة من الـكعبة وجهها الخشن الى الامام .

هذه هي الطرائق المستعملة ويوجه الى جميعها الاعتراض نفسه وهو ان البينة لم تقم حتى الآن على قيمتها الوظيفية الثابتة .

وقد يضع المستقبل هذه العمليات في دائرة عمليات تصنيع الاوتار اي انه يجعل منها عمليات موقتة بانتظار السن التي يجوز فيها اجراء العمليات العظمية ؛

فلنبحث الآن في طريقة الاستفادة من هذه الطرائق التي اتينا على ذكرها .

الاقدام القفد مع روح (في الغالب) او فحج (احياناً)

الزمن الاول قبل السنة السادسة

يقول كيرميسون :احذروا قطع الدابرة (وترأخيلوس) والا جعلتم من القدم الفلجية قدماً نائسة (ballant) فاذا كانت القدم قفداء تطول الدابرة بمضاعفتها وتزليقها وخياطتها ولا يجوز قطعها .

الزمن الثاني : من ٦ — ١٠ أو ١٢ سنة

ان تحديد المفصل في الوراء خلف الفرضة هو من العمليات الفضلى وقد تكون نتائجه ثابتة او انه يكمل بعدئذ بعملية ايثاق المفصل . ومتى تغلب الروح او الفحج حدد المفصل في الجانبين .

الزمن الثالث — سن تصنيع العظام

ينظر فيه الى امرين :

١ً — اذا كانت القدم ترد اي اذا كان يستطاع تقويمها باليد أوثق المفصل النصفي الرسغي (شوبار) والمفصل تحت الكعبة بالتقشير وهذه العملية هي خير العمليات .

واليكم هاتين النصيحتين : احتفظوا باوتار باسطات الاصابع وعاطفات ظهر القدم لانه ما من برهان على انها فقدت تقلصها فقداً تاماً بل لعل بعض التقلص يعود اليها بعد تقويم القدم .

ومتى كان روح مع القفد اوثقوا القسم العلوي من وتر الشظوية القصيرة الجانبية بالكعب الوحشي .

٢ — اذا كانت القدم لا ترد اي اذا كان التشوه عظمياً ، لا يكفي ايثاق المفصل بالتقشير بل لا بد من ايثاقه بعد قطع قطعة اسفينية من سطحي المفصل .واليكم بعض القواعد:

متى كان مقدم القدم مقرباً من مؤخرها قطعت من مفصل شوبار قطعة اسفينية قاعدتها وحشية .

ومتى كانت القدم كبساء (cavus) تقطع من شوبار قطعة اسفينية ظهرية

ومتى كانت القدم روحاء (varus) قطعت قطعة اسفينية قاعدتها وحشية من المفصل تحت الكعبة

ومتى كانت القدم فحجاء قطعت قطعة اسفينية قاعدتها انسية من المفصل تحت الكعبة وليعلم ان الطريق الوحشي سهل سلوكه غير ان قطع القطعة العظمية صعب وان الطريق

الانسي اصعب غير ان قطع القطعة العظمية فيه اسهل .

وبعد اجراء هذه التصنيعات العظمية لاصلاح الاقدام القفد أيجب اتمامها بتطويل الدابرة؟ قلّ ان تكون حاجة اليه . لان الطرف المراد اصلاحه يكون الشلل الطفلي قد قصره ايضاً فيضطر الشخص الى المشي وعقبه مرتفعة ليعيض عن قصر طرفه فابقاء بعض القفد واجب فيه .

الاقدام الكبس المقفعة (pieds creux talus) : تجم هذه الاقدام عن الشلل المتغلب في ذات الرؤوس الثلاثة الساقية .

الزمن الاول قبل ٦ سنوات

لا يشار فيه باي توسط جراحي

الزمن الثاني من ٦ — ١٠ او ١٢ سنة

ان لتحديد المفصل بطعم مغروس امام الفرضة الظنبوبية الشظوية في الكعبة نتائج آنية باهرة . وهذه العملية هي خير ما يصنع بانتظار السن الموافقة لتصنيع العظام

الزمن الثالث ، سن تصنيع العظام .

يستحسن اصلاحاً للقدم الكبساء (creux) في حين اجراء العملية الجراحية نفسها قطع الغشاء العضلي الاخمصي عموداً او قلعه عن العقب وتزليق نقطة ارتكازه العظمية الى الامام .

واما اصلاح التشوه العظمي في القدم المقفعة الكبساء فلا يتم الا بقطع قطعة اسفينية ظهرية من مفصل شوبار ليستطاع جعل مقدم القدم في محور العقب وبقطع قطعة اسفينية خلفية من المفصل تحت الكعبة لجعل القطعة الباقية من العقب ومقدم القدم العالق بهافقيين

وتجه الجراحة الحاضرة الى اكمال هاتين العمليتين اللتين يجريهما البعض الواحدة بعد الاخرى والبعض الآخر في جلسة جراحية واحدة بعملية تصنيع دائمة وتقوم هذه العملية الاخيرة بربط اوتار الشظويات الجانبية السليمة بالدابرة ويفضل اومبردان قطع الدابرة عند اتصالها بعضلتها وفصلها حزمتين وادخال احداها في ثقب محتفر في الظنبوب والآخر في الشظية او تحت سمحاقها وتوتر هاتان الحزمتان قبل تثبيتهما .

ويتساءل المرء عما اذا كان نصف الكعبة الباقي بعد عملية روبرت جونس هذه مفيداً

او ان استئصاله مفضل .

فاذا استؤصل ما بقي من الكعبة وجب دفع القدم الى الوراء بالنسبة الى صقل الساق ليقع محور الساق في الامام عند مفصل شوبار القديم وتوصلاً الى ذلك يُحت الزورقي ليستطاع تقديم الكعب الانسي .

وعلى الجراح قبل الاقدام على توسط جراحي اياً كان نوعه ان يلقي هذين السؤالين :

١ً — ما هي قيمة الورك والركبة في جهة القدم المشلولة، ما هي قيمة الطرف الثاني الوظيفية فاذا لم يكن للطرفين اي قيمة وظيفية امتنع عن اجراء اي توسط جراحي على القدم النائسة وخير ما يشار به جهاز تجبيري مستند الى زنار الحوض ومكتنف للطرف جميعه . واذا كان احد الطرفين ذا قيمة حسنة استعادت الجراحة حقوقها على الطرف المشلول،

وعلى الجراح قبل كل شيء ان يجعل الورك في وضع موافق ويجوز تثبيت مفاصل الطرف الثلاثة الورك والركبة والقدم في يافع اكتمل نموه فيكون من الطرف مستند طبيعي

ومتى كانت الركبة والقدم وحدها مصابتين كانت دائرة الجراحة اوسع والامر الاول الذي يجب اتمامه هو جعل الركبة منعقفة . والامر ممكن باجهزة الجبس المتتابعة وبوضعٍ اكثر فاكثر قرباً من الوضع المراد بلوغه او باعنات العظم فوق اللقمتين على ان يثبت الطرف بعده مدة لا تقل عن ثلاثة اشهر

وبعد تحقيق هذا الامر الاول تثبت القدم في حالة قفد مختلف الدرجات بحسب قصر الطرف والغاية من هذا القفد الاعاضة عن قصر الطرف اجمالاً الذي نجم عن الشلل الطفلي وتمكين الركبة في اثناء المشي من حمل ثقل الجسد . هذه هي معضلة المشي بدون جهاز في اشخاص شلت مربعة رؤوسهم الفخذية .

وطريقة الوصول الى هذا القفد في قدم نائسة ان يوثق المفصلان النصفي الرسغي وتحت الكعبة وتكمل العملية اذا قضت الحاجة بتحديد المفصل الامامي اي بوضع طعم امام الفرضة الظنبوبية الشظوية .

ولتثبيت القدم في حالة قفد شأنه الكبير لانها اذا ثبتت زاوية قائمة على الساق ولم يراعَ قصر الطرف العام الذي احدثه الشلل الطفلي كانت النتيجة وخيمة .

تحريات عن استعمال الاكابرين

في

معالجة ضخامات الاطحلة البردائية المزمنة

لا تفعل المعالجة النوعية فعلًا واحداً في الحمى وضخامة الطحال البردائية. فاذا ماءحت المعالجة اثر الحمى ظل الطحال ضخماً ولا سيما في من كانوا معرضين لعدوى جديدة في كل فصل . اضف الى ذلك ان بقاء الضخامة في الطحال يزعج المريض ازعاجاً كبيراً بالالم الذي يحدثه في مراقه اليسرى مانعاً اياه عن الاعمال التي تتطلب التعب ويشوش الوظائف والاخلاط ويفقر الدم ويؤذي الصحة العامة .

فاذا ما عولجت الحمى فقط وأُهملت العوارض السريرية والتناذرات الخلطية التي تحدثها العفونة البردائية المزمنة كانت النتائج سيئة . وضخامة الطحال هي في مقدمة هذه العوارض ولا يخفى ان انحلال الكريات الحمر يزداد جداً في البرداء والطحال الذي ينقل اليه الدوران انقاض هذه الكريات يضخم . فلا عجب اذا ما وجبت معالجة ضخامة الطحال وجوب معالجة البرداء نفسها . كيف لاوالطحال هو الملجأ الكبيرللحمة البردائية والمستودع الدموي الذي يلقي في الدوران متى انقبض ما فيه من عناصر الدم . ومعالجة هذه الضخامة ممكنة اذا حقق انقباض الطحال الذي نستطيع ان نشبهه بترويض تتمكن به الغدة من انقاص حجمها . فقد أُشير توصلًا الى هذه النتيجة بالحقن بالادرنالين وفقاً لطريقة الاستاذ اسكولي وبالاكابرين (acaprine) جرياً على طريقة رادفان واللساندراسكو . وقد كانت نتائج الحقن بهذه المادة الثانية حسنة كما يستدل من التقرير الذي رفع الى جمعية امراض البلاد الحارة عن عشر حادثات عولجت بهذه الطريقة .

ويباع الاكابرين في حباب في كل منها سم٣ واحد او ٥ سم٣ ونسبة المحلول ٥ ٪ او ٥٠ ،٠٠ ٪ وقد استعمل في الانسان لمعالجة البرداءغيرانه لم ينجع الا في ضخامة الطحال

والمقادير المستعملة منه هي عادة اقل قليلًا من ميلغرام لكل كيلو غرام من وزن الجسد ويستعمل حقناً تحت الجلد او في العضلات . والمقدار الاكبر هو مليغرام لكل كيلو غرام من وزن الجسد . واما عدد الحقن وترتيبها فتابعان لتفاعل الشخص بازاء العلاج . وتصنع عادة حقنتان الى خمس حقن بفاصلة يومين الى ثلاثة ايام .

ويستحسن في حالة الحمى اعطاء الكينين او الكيناكرين او البلاسموكين اولاً ومتى زالت الحمى والطفيليات من الدم وذلك بعد عدة ايام من استعمال المعالجة النوعية تبدأ المعالجة بالاكابرين .

وتبدو في الغالب بعد الحقنة اضطرابات : نوافض خفيفة ونوب عرق وسيلان لعاب مختلف الغزارة ، حتى بوال واسهال وانقباض حدقة واسراع قلب ، وازدياد التوتر الشرياني وتستمر ثلاثين الى ستين دقيقة . وقد تبدو نوبة حمى او ترتفع الحرارة قليلًا بعد الحقن الاولى وتعلل هذه العوارض بفعل الاكابرين في عناصر الدم المصورة وبازدياد السكر في جميع الحالات ؛ وهذا الازدياد قوي او متوسط او خفيف فقد يتضاعف سكر الدم غير انه في الغالب يزداد من ١٥ — ٥٠ ٪ ويبلغ الازدياد حده الاقصى بعد ثلاثين دقيقة ثم يأخذ يخف غير انه لا يعود الى حده الطبيعي الا بعد تسعين دقيقة واكثر واما انخفاض السكر عن معدله الطبيعي بعد ازدياده البدئي فنادر .

يستنتج من هذا ان للاكابرين فعلًا شبيهاً بالادرنالين اما مباشرة بتحريكه مدخرات الكبد والعضلات من الغليكوجان او بواسطة الغدة المولدة للادرنالين بتخريش الاكابرين للجهاز العصبي الانباتي .

ولا تظهر في الانسان العوارض السامة التي صودفت في الحيوان بعد استعمال المقادير الكبيرة . وعلو الحرارة الذي قد يحدث متى كانت ضخامة الطحال كبيرة سببه على ما يرجح انفراغ الانقاض الطفيلية المجتمعة في الطحال او النسيج الشبكي البطاني من جسد المصاب بالبرداء . ولا تعلو الحرارة للسبب الذي ذكرناه الا بعد الحقن الاولى وفي ضخامات الطحال الكبيرة .

وليس في استعمال الاكابرين اذا كانت مقاديره عادية (مليغرام لكل كيلو غرام من وزن الجسد) اقل خطر . ولا يشار باستعماله في المقلوبين والمزداد توترهم الشرياني والسكريين

والمزداد افرازهم الدرقي وفي بعض الامراض الرئوية الحادة والمزمنة . ولعل المستقبل يأتينا بعلاج تكافح به العوارض الناجمة عن الا كابرين فتتسع دائرة استعماله . اما في الحيوان فتكافح هذه العوارض بحقنه بالريفرن (rephrin)

ونتائج المعالجة جلية للعين فان حجم الطحال ينقص نقصاً تدريجياً وسريعاً والالم الطحالي يخف ثم يزول ، والاضطرابات السريرية والخلطية والدموية تحسن .

ويعلل نقص حجم الطحال بالالية التالية : متى انقبض الطحال نقص حجمه غير انه لا يعود بعد استعمال الا كابرين الى حجمه البدئي . ومتى توالت الحقن استمر النقص التدريجي . اما زوال الضخامة تماماً فتابع لطاقة الطحال على التقلص ولا عجب اذا ما بقي الطحال ضخماً بعض الضخامة على الرغم من استعمال الا كابرين لان قدرته على التقلص تكون قد استنفدت لصلابة هذه الغدة التي تخيب في تقليصها جميع القابضات ومنها حقن الوريد بالادرنالين . فسبب النجاح او الخيبة تابع والحالة هذه لشروط الطحال التشريحية النسيجية

ويتقلص الطحال بانقباض الياف محفظته العضلية الملس والياف الجدر حول الاوعية ونقص حجم الطحال مستمر بعد المعالجة مع ان فعل المواد القابضة للالياف الملس موقت. فلا بد والحالة هذه من اللجوء الى تعليل آخر غير الالياف الملس في شرح هذه الحادثة وفعل المادة القابضة مباشرة في الاوعية الشعرية والجيوب الوريدية نفسها الكثيرة الاتساع

ولعل للا كابرين فعلاً مضاداً للطفيليات الكامنة في الطحال وفعله هذا بها يساعد على انقاص حجم الطحال واستمراره حتى بعد قطع المعالجة .

. . . .

يستنتج مما تقدم ان ضخامة الطحال البردائية التي لا تخضع للمعالجة النوعية تعالج بالا كابرين وان الاضطرابات التي تبدو بعد الحقن به (ازدياد سكر الدم ، ازدياد التوتر ، اسراع القلب) موقتة وان استعماله في المقلوبين والمزداد توترهم الشرياني خطر وان نتائجه ثابتة في انقاص حجم الطحال ومحو الالم الطحالي وتحسين الحالة العامة وفقر الدم وازدياد الوزن .

م . خ .

. . . .

تناذر فولكمن في الطرف السفلي

ان تناذر فولكمن الكثير الحدوث في الطرف العلوي نادر جداً في الطرف السفلي حتى ان بعضاً من المؤلفين ينكرون حدوثه فيه غير ان المشاهدات التي تنشر اونة بعد أخرى تؤيده . ويظهر ان فولكمن نفسه قد اورد مشاهدة منه في السنة ١٨٧٢

ويمتاز هذا التناذر بصفات سريرية متغلبة على الصفات الاخرى فالعجز العضلي ينجم عن ان استحالة العضلات يرافقها نقص مرونة في النسيج العضلي وضعف انقباض وقصر فينشأ من هذا ان نقطتي ارتكاز العضلة تتقاربان وان الوضع المعيب يبدو . ولا أثر للشلل لان الحركات تظل ممكنة متى عطف الطرف . ولا يظهر الانزعاج والالم الناشيء عن تمطط العضلة المتليفة الا متى بسط الطرف ويتبع هذا الانقباض سيراً متزايداً مفضياً الى وضع معيب في خلال وقت متفاوت الطول وقد يكون عدة اسابيع .

والصفة الثانية التي يمتاز بها تناذر فولكمن هي ظهوره في عقب رض الطرف . فقد يكون منشأ الرض جهازاً جبسياً كما في مشاهدة فولكمن نفسها حيث ثبت الطرف في جهاز جبسي لمعالجة استسقاء مفصل الركبة ، او يكون كسراً مع جهاز مثبت ، او انضغاطاً عضلياً مديداً كوضع ضماد اسمرخ مدة طويلة ، او رضاً مع ورم دموي عميق في الحفرة المأبضية او جروحاً بالمرامي النارية اصابت اوعية الفخذ الكبيرة او كتلة العضلات او العصب الوركي

وقد كثرت الوسائط المستعملة في معالجة هذا التناذر وكثرتها دليل على قلة فائدتها . فالوسائط الدوائية لم تأت الا ببعض الفائدة . ونذكر بينها تخضيب الودي القطني بالنوفوكائين الذي قد يفيد في بعض من الحالات .

والوسائط الحكمية : التمريخ والتحريك المنفعل والحمامات الحارة والاستشعاع القطني لم تكن فوائدها كبيرة .

واما الوسائط الجراحية او التجبيرية فهي ما اختاره معظم المؤلفين : وقد وجه بعضها الى تحسين الدوران في الطرف بعد الرض مباشرة وقبل ان يبدو الانكماش او بعد ان

يكون التناذر قد ظهر وتحقق فقد اشار جونس بقطع الغشاء العضلي وافراغ الورم الدموي من الحفرة المأبضية الذي قد يتلوه شفاء سريع . غير ان هذا التدبير لا يوافق الحالات جميعها

وقد اجريت عمليات على الودي : قطع الودي حول الشريان القطني الذي اتى بنتائج باهرة في مريض ديولافه

وعدا هذه الوسائط التي نستطيع ان ندعوها إمراضية نذكر سلسلة من الوسائل الجراحية الملطفة . فاولاها التي يراد منها مكافحة انكماش العضلات هي قطع الوتر : قطع الدابرة وتصنيع اوتار عنق القدم . ويدخل كسر العظم في هذا الباب ايضاً . وثانيتها عمليات المفاصل كاستئصال الكعبة لتقويم القدم ونشر مفصل الركبة في الاشكال الواقعة في الفخذ .

واخيراً بتر الطرف متى اعيت الحيل ولم تنجع الوسائط الاخرى م . خ .

❀❀❀

معالجة حالات الاعياء بالهاماتوبور فيرين

كانت معالجة السوداء (mélancolie) وحالات الاعياء (depression) الى بضع سنوات خلت توجه الى الاعراض فقط ويعود الفضل الى هوهنيرفيلد الذي بين الفائدة المجتناة من معالجتها بالهاماتوبورفيرين (hématoporphyrine) . وقد بدأ هذا المؤلف تجاربه في الحيوانات ولاحظ انها متى حقنت بمقادير قليلة من الهاماتوبورفيرين كانت تزداد نشاطاً ويزول اعياؤها ولا سيا بعد تعريضها لنور حاد فعنّ له ان يستعمل هذه المادة في الامراض الروحية المعية .

ليس الهاماتوبورفيرين الا محصول تجزؤ الهاموغلوبين وفي الدم الجاري منه مقادير ضئيلة . ويتألف الهاموغلوبين من اتحاد آحين متبدل هو الغلوبين بمركب حديدي ثابت هو الهاماتين . فاذا ما عومل الهاماتين بالحامض الكلوري المائي او بالحامض الكبريتي تجزأ فاتحد الحديد بالحامض وبقيت مادة صباغية جديدة غير حديدية محلولها احمر في البيئة الحامضة او القلوية هي الهاماتوبورفيرين الشبيه بالفيلوبورفيرين المشتق من الخضب (chlorophylle) .

وهاماتوبورفيرين نينكي المستعمل في الوقت الحاضر مادة مبلرة . وان مايستلفت النظر من خواصها هو فعلها المحسس . فان المرضى المعالجين بالهاماتوبورفيرين يتبدل لون الجلد في وجههم فيتورد توردا بيانيا دعاه هوهنيرفيلد « الوجه الهاماتوبورفيريني» وللمستحضرات الزرنيخية فعل محسس في الجلد كهذا . ولم ير فينشون متى استعملت المقادير العلاجية المعتدلة هذه الحامى في الوجه بل فعلا في البعد شبيهاً بفعل المعالجة بالاشعة المختلفة . انتظام الطمث ، تحسن اضطرابات الهضم .

وللهاماتوبورفيرين عدا ذلك فعل منشط للبدن . فان اشتهاء المرضى يزداد ووزنهم يعلو بعد بدء المعالجة بثمانية الى عشرة ايام ويستمر هذا الازدياد حتى انه يبلغ عشرة كيلو غرامات في اربعة الى عشرة اسابيع الامر الذي لايستطاع تعليله بازدياد الاشتهاء فقط بل بفعل

العلاج في الجهاز العصبي الانباتي وما تحسن حالات الاعياء الا نتيجة لهذا الفعل فان نشاط المريض يزداد والامل يتجدد في نفسه فيجد في الحيـاة اللذة التي كان قد فقدها واذا كان المريض في المستشفى طلب العودة الى بيته .

ويقوي الهاماتوبورفيرين ايضاً الـكريات فيزداد عدد الـكريات الحمر في المصابين بفقر الدم ولا يلبث ان يعود الى حده الطبيعي .

وينظم الهاماتوبورفيرين الجهاز العصبي فيزداد افراز اللعاب وتحسن الاضطرابات المعدية المعوية ولاسيما القبض الـكثير الحدوث في المصابين بالسوداء، وتخف اضطرابات الوظائف الجلدية: العرق وافراز الغدد الشحمية ، والاضطرابات الوعائية الحركية .

ولا يخفى ان كلس الدم مزداد عادة والبوتاسيوم منخفض في هؤلاء المرضى فمتى استعمل الهاماتوبورفيرين ينقص الـكلس ويزداد البوتاسيوم . ويعود سكر الدم الذي يكون مرتفعاً بعض الارتفاع في المصابين بالسوداء الى حالته الطبيعية . ويفعل الهاماتوبورفيرين ايضاً في PH الدم فيعيده الى حالته الطبيعية .

التنائج والاستطبابات : ان التنائج حسنة كما يستدل من اقوال من استعملوا هذا العلاج غير ان تعليلها صعب لان المرضى المعالجين ليسوا من فئة واحدة ويظهر ان التنائج افضل في حالات الاعياء حيث تتغلب عوامل النهي وافـكار الخراب والذل منها في السوداء حيث يتغلب الضجر والاضطراب والتهاويل والهذيان .

ومما يبشر بنفع العلاج ارتفاع بوتاسيوم الدم ونقص كلسه وسكره .

واما ارتفاع البوتاسيوم ونقص الـكلس وعدم تبدل سكر الدم فليس دليلًا على تحسن اكيد . وقد لاحظ فينشون ان للهاماتوبورفيرين في السوداء فعلًا ناجعاً في التظـاهرات العصبية التأهية : ابطاء نظم التنفس والقلب ، الشحوب، برودة الاطراف، ابتلاع الهواء القبض المستعصي ، الارق والاحلام المزعجة . وقد تساءل هذا المؤلف عما اذا كان الهاماتوبورفيرين لا يفعل في بعض من الحالات العصبية التأهية حيث الاعياء طفيف او حيث لا اثر له البتة فعلًا ناجعاً . والبرهان على فعله ان هذا المؤلف شفي به نوب زكام العلف وداء بهره ولاحظ في مرضـاه تبدلاً في بوتاسيوم الدم وسكره وكلسه كما في الحالات الاعيائية .

ويزعم اندره انه جنى منه فوائد حسنة في الشقيقة والصرع . ويشير سينبال باستعمال مقادير طفيفة منه في الاولاد واليفعان الذين يضطرون الى جهد جسدي او عقلي موقت كبير كما في دورات الامتحانات والمسابقات . وقد استعمله ستوخ لدعم فعل الاستشماس او الاشعة فوق البنفسجي في اشخاص قليلي التحسس بها كما في الاولاد المخروعين .

غير ان هذه الصفحة الجديدة من الاستطبابات لا تزال قيد البحث .

وتحسن الحالات الاعيائية بعد المعالجة بالهاماتوبورفيرين مبكر فهو يبدو في الايام الاولى او على الاقل في الاسبوعين الاولين من المعالجة . وقل ان يتأخر عن ذلك . وهذا التحسن ثابت واكيد وليس هجعة للداء لان للهاماتوبورفيرين فعلاً في سبب الآفة وليس في اعراضها فقط .

واما جرعة الهاماتوبورفيرين فتختلف بحسب الآفات المعالجة وبحسب درجات خطرها . ويستعمل هذا العلاج بطريق الفم او حقناً . والشكل المستعمل منه بطريق الفم محلول نسبته ٥ ./. والمستعمل منه حقناً محلول نسبته ٢ ./. . والمقدار الذي يشير به هوهنيرفيلد لمعالجة مدتها اربعون الى ستين يوماً ٥٠٠ — ٧٠٠ مليغرام واذا استعمل العلاج بالفم والحقن معاً صنع منه في خلال خمسين يوماً ٦٠ مليغراماً حقناً و ٣٠٠ مليغرام جرعاً . وطريقة استعماله بالفم ان تزاد المقادير تدريجياً وبعد ان تبلغ حدها الاقصى تنقص : يبدأ بثلاثين قطرة في اليوم (عشر قطرات في كل جرعة) وتزاد قطرة في كل يوم حتى الستين او الثمانين او المائة قطرة ثم تنقص الجرعات على النحو ذاته .

ويصنع من المحلول المعد للحقن سم٣ ثلاث مرات في الاسبوع ويشرك مع المعالجة بالفم . فاذا اقتصر على هذه الجرعات لا تبدو عوارض الانسمام بالعلاج ولو تعرض المريض لنور الشمس واذا احتمل المريض العلاج جاز تعدي هذه المقادير حتى مضاعفتها واما استعمال مقادير طفيفة فمعناه الخيبة .

ويستحسن استعمال علاجات مسكنة ومخدرة وخلاصات غدد ولاسيا خلاصة الكبد مع الهاماتوبورفيرين .

ومضادات الاستطبابات قليلة : الآفات الحمية الحادة ، والآفات الكبدية ، وتصلب شرايين الدماغ فاذا كان المرضى شيوخاً متصلبين استعملت جرعات طفيفة فيهم لا تتعدى

نصف الجرعات العـادية . وقد استعمل هـذا العلاج في مرضى مسلولين ومقلوبين ومكليين فلم يطرأ على حالتهم العامة اقل تبدل . غير ان استعمال العـلاج بطريق الفم فقط واجب فيهم .

اما الالية التي يفعل الهاماتوبورفيرين بها فلا تزال غامضة . ويظن هوهنيرفيلد انه: ١ً — يفعل فعلًا نوعياً محسساً ومقوياً ٢ً — يفعل فعـلًا غير نوعي منشطاً ومنظماً للجهاز العصبي الانباتي ولا سيما مسكناً للتائه . غير اننا اذا توغلنا اكثر من ذلك في درس هذا الفعل دخلنا دائرة الفرضيات .

ويعتقد هوهنيرفيلد ان الهاماتوبورفيرين بصفة كونه مـادة صباغية يحسس الجلد ويفعل من خلاله في المراكز الانباتية (végétatifs) وبها في الغدد الصم . ويظهر ان الهاماتوبورفيرين لا يتجزأ في البـدن وان فعله فيه مشابه لفعل الحيوينات . ولا يشارك بعضهم هوهنيرفيلد في رأيه اي « بفعل الهاماتوبورفيرين في المراكز الانباتية من خلال الجلد » لان هذا لا يكفي لتعليل التحسن الغريزي والروحي بعد المعالجة بهذا العلاج بل يظنون ان هذا النشاط نتيجة لازدياد الاكسجين الذي تستنفذه الخلايا الدماغية .غير ان كل ما ذكرنا فرضيات تحتاج الى بحث مقبل ومما لاشك فيه ان فعل الهاماتوبورفيرين في الحالات الاعيائية ثابت واكيد .

م . خ .

* * *

نقل الدم المحفوظ في السريريات

بعد ان شاع نقل الدم في الممارسة الطبية تألفت مراكز خاصة في المدن الكبرى لهذه الغاية وألحق بها معطون كثيرون خاضعون للمراقبة الصحية الدقيقة غير ان الحاجة قد تدعو ، على الرغم من هذه الاحتياطات ، الى كمية كبيرة من الدم لا يسهل الحصول عليها او قد تحول موانع صحية دون جمع الدم من المعطين فلا عجب اذا ما اتجهت الافكار الى حفظ كمية من الدم الى حين الحاجة ونقلها الى من تقضي حالتهم بالاسعاف السريع وقد نشأت هذه الفكرة من الطريقة الروسية « نقل دم الجثة المحفوظ في الثلجة » وطرح هذين السؤالين امر لا مندوحة عنه قبل النصح باستعمال هذه الطريقة :

١ً — أللدم الذي اضيفت اليه مادة مثبتة ما للدم الطبيعي من القيمة ؟

٢ً — أللدم المحفوظ من القيمة ما للدم الطازج صرفاً كان او مضافة اليه ليمونات الصوده ؟

يجيب جانيني عن السؤال الاول بالايجاب اي ان للدم المثبت من القيمة ما للدم الصرف سواء اثبت بليمونات الصودة او بمصل رينجرلوك الفريزي الهاباريني (hépariné) وليعلم ان الهابارين هو نوكلئوبروتائيد كبدي (nucléo - protéide hépatique) مضاد للتخثر غير ان ثمنه باهظ .

ويجيب جانيني عن السؤال الثاني ان الدم المحفوظ نوعان : دم الجثة ودم معطٍ حي . اما دم الجثة فلم يستعمل حتى الآن الا في روسية . ويجمع الدم من الجثة في الساعات الست الاولى بعد الوفاة . ولا تجيز قوانين بعض من البلدان هذا العمل لان مس الجثة فيها قبل انقضاء ٢٤ ساعة على الوفاة محرم كل التحريم .

ويتبدل الدم بعد الموت تبدلات مضرة قد تنشأ منها عوارض خطرة . اما الدم المجموع من معطٍ فخال من العوارض والاخطار . وقد درست مسألة حفظ الدم في الثلجة منذ السنة ١٨٧٣ الى يومنا واثبت عدد من المؤلفين ان حفظ الدم في الثلجة اكثر من شهر

ممكن واحتفاظه بخواصه كاملة مستطاع .

وينفصل الدم المجموع والمحفوظ في المثلجة مع مراعاة قواعد الطهـارة المطلقة في جمعه وحفظه ثلاث طبقات : المصورة ، والـكريات البيض ، والـكريات الحمر . فاذا ما بدت آثار انحلال وجب نبذه .

واحسن حافظ للدم هو ليمونات الصوده . والتبدلات الاخرى التي تطرأ على الدم المحفوظ هي عدا الانحلال ، التخثر وتراص الـكريات ، وارتشـاد (empilement) الـكريات الحمر .

تنقبض الـكريات الحمر شيئاً فشيئاً في الدم المحفوظ حتى انها تصبح محززة وتنقص المتانة الـكروية شيئاً فشيئاً ، وتبقى كثيرات النوى سليمة حتى اليوم السادس واللمفينات حتى اليوم الثلاثين وينقص عدد اللويحات .

ويقل سكر الدم ببطء وتزداد الحموضة والفوسفور فيه وتنقص بولة الدم اجمالاً بيد ان كثيرات الهضمونات (polypeptides) والحموضة الامينية تزداد .

ولا تتغير الزمرة الدموية ولا تتبدل سعة الـكريات التنفسية .

وتشتمل طريقة نقل الدم المحفوظ على ثلاثة ازمنة : جمع الدم وحفظه ونقله . يجمع الدم من معطٍ عام (٣٠٠ غم في كل ستة اسابيع) ويجوز حفظ دم المشيمة والدم النازف في جوف البطن . ويحفظ في مثلجة بالدرجة ٢ — ٤ فوق الصفر وتختار احدى الطرق المستعملة في نقل الدم بعد تسخين الحوجلة التي جمع الدم فيها .

وينهي جانيني بحثه قائلاً : « ليعلم ان نقل الدم سلاح ماض ووسيلة ممتـازة يجب التفـكير فيها في الاعاضة عن دم فقد بالنزف وفي مكافحة الصدمة وفي تبديل بيئة دم المريض وفي تنشيط الدفاع بازاء عفونة خطرة . وان الدم المحفوظ قد سهل طريقة النقل حتى اصبحت لا تختلف عن حقن الوريد بالمصل . فعلى الطبيب الا يحرم مريضه هذه الوسيلة الناجعة التي قد تبعثه من الموت الى الحياة » . م · خ

شأن التخدير القطني في تشخيص إمراض

القولون العرطل

قبل ان نذكر هذه الطريقة السهلة في تشخيص إمراض (pathogénie) القولون العرطل نأتي على سرد ما يعرف من المعلومات عن هذا الإمراض . ففي مؤتمر أمراض الاطفال الفرنسي الذي عقد في باريس في ٢٩تشرين الاول من السنة ١٩٣٨ توقش في هذا الامر واستنتج ان القولون العرطل ينجم عن اضطراب في إعصاب التائه والودي البطنيين وان للودي الدور المتغلب في هذا الاضطراب واما كون الآفة ولادية فيعلل بان في الزمن الجنيني والتالي للولادة مباشرة تبدو حالة من التنبه الودي .

ودور التائه معروف فهو يقلص الامعاء كما ان دور الودي معروف ايضاً فهو يلجم ذلك التقلص فاذا ما نقص فعل التائه افضى الامر الى النتيجة نفسها: فان انحباس المواد الغائطة ينجم عنه في النهاية توسع الامعاء .

وقد حقق الاختبار هذه الفرضية : فان قطع الياف التائه احدث في خلال اسبوعين الى ثلاثة اسابيع اعراض القولون العرطل بيدان قطع الياف الودي لم تنجم عنه هذه النتيجة

وقد حسن البعض اعراض داء هيرشبرونغ او القولون العرطل بتنبيه التائه بالفيزوستيغمين (physostigmine) واعادوا المشهد السريري الى ما كان عليه بشل التائه بالاتروبين وتوصل جون مورتون بالتخدير القطني الى حذف القوة المقلصة للامعاء الغلظية موقتاً مبيناً ان هذا النهي من منشإ مركزي وانه بانتقاله الى الودي بالغصون الموصلة يقف حركة الامعاء

يستنتج ان إمراض القولون العرطل كما يبدو من التحريات الاخيرة كائن في اضطراب يطرأ على جهاز المعى الغليظ العصبي الانباتي سواء اكان هذا الاضطراب نقصاً في وظيفة التائه او ازدياداً في وظيفة الودي . ويسلم معظم المؤلفين بهذه الفرضية الاخيرة .

ولا يقتصر فعل التخدير القطني على كشف إمراض الآفة بل يقوم ايضاً بدور علاجي

زيادته التقلص وافراغه الامعاء وتخفيفه عناء المريض . ويلاحظ ان تقلص الامعاء يزداد في عقب التخدير القطني على اللوحة الشعاعية بعد اعطاء حقنة ظليلة ، حتى ان السين الحرقفي الذي يكون قبل التخدير القطني شديد الاتساع وساكناً لا حراك فيه تبدو فيه بعد التخدير حركات حولية فينفرغ والمريض على المنضدة .

وبعد ان يعرف إمراض القولون العرطل بالتخدير القطني تسن المعالجة الواجب اتباعها فتى كان الودي شديد التنبه يقطع هذا العصب ومتى كان التائه شديد التنبه تكون المصرات الملس في حالة تقفع مستمر فتقطع هذه المصرات . وقد قدم غوانار من الجزائر الى محفل الجراحة في ٩ تشرين الثاني ١٩٣٨ تقريراً عن طرز قطع الودي القطني في القولون العرطل (mégacolon) والقولون المستطيل (dolicocolon)

والتخدير القطني ناجع في المعالجة وليس في كشف الإمراض فقط كما ذكرنا فان هذا التخدير القطني الاول في مشاهدة لكلياسكو نظم التغوط طيلة ١٦ يوماً والتخدير القطني الثاني للمريضة نفسها نظمه طيلة ١١١ يوماً . فاعادة التخدير القطني والحالة هذه قبل الالتجاء الى طرق جراحية خطرة (قطع الودي القطني ، قطع القولون والخ . .) طريقة يحسن بالجراحين استعمالها كيف لا ولا محذور البتة من اعادة هذا التخدير كما يتبين من المرضى العديدين الذين تستدعي حالتهم توسطات جراحية متتابعة ويخدرون بهذه الطريقة.

النتيجة : ١ً — ان إمراض القولون العرطل سببه اضطراب في إعصاب التائه والودي البطني مع تغلب هذا الاضطراب في الودي .

٢ً — ان التخدير القطني طريقة سهلة وحسنة في كشف إمراض هذه العلة .

٣ً — ان كشف الإمراض يرشد الى المعالجة الجراحية الواجب اتباعها او يدعونا الى النظر في استعمال التخدير القطني المكرر كطريقة للمعالجة . م . خ .

❀❀❀

خطر الفصادة في المصابين بالسكتة

والمهددين بها

كانت العادة ولا تزال عند البعض من الاطباء ان يفصد الشخص المصاب بسكتة دماغية . وكان يعتقد هولاء ان استخراج نصف ليتر من الدم من شخص مزداد ضغطه الشرياني يخفض التوتر ولو موقتاً ويقي المريض نزفاً دماغياً جديداً . وان ما كان يشجع الاطباء ولا يزال يشجعهم على اتباع هذه الطريقة الخطرة الرأي السائد بين عامة الشعب بضرورة الفصادة . وليس الاطباء الذين يجرأون على مقاومة الاعتقادات العامية بشدة كثيرين ولا سيا متى كان المرض خطراً فاذا امتنع الطبيب عن اجراء ما تعتقده العجائز واسطة للنجاة ومات المريض ألحقت بالطبيب جريرة القضاء على مريضه فلا عجب والحالة هذه اذا ما جارى بعض من الاطباء حتى الآن العامة ولا سيا متى كان المريض الذي يعالجه من طبقة لا تدرك تقدم الفن ولا تستطيع فهم ما يذكره الطبيب لها في هذا الصدد .

ولكن على الطبيب قبل ان يسرع الى الفصادة ان يتساءل عما اذا كانت كل سكتة دماغية فجائية ناشئة عن نزف دماغي ؟ فكثيراً ما يكون السبب تلين الدماغ، والفصادة في هذه الحالة شديدة الخطر لانها تزيد الدماغ افتقاراً الى الدم عوضاً عن ان تخفف احتقانه كما يدعي الطبيب .

وقد يقال في حالة كهذه ان السكتة الناجمة عن التلين قل ان تكون فجائية كالسكتة الناشئة من النزف وان ابطاءها في الحدوث كاف لتمييزها وللامتناع عن الفصادة فيها .

ولم يقتصر امر الفصادة على معالجة المسكوتين بها بل تعداه الى معالجة المزداد توترهم الشرياني اجتناباً للعوارض الدماغية وفي هؤلاء كما في اولئك قد تكون الفصادة شديدة الخطر ايضاً .

فرب مزداد توتره لا يشكو في احد شقيه غير مذل (engourdissement) خفيف فقط يصاب حتى في سياق الفصادة بشلل صريح ورب آخر كان في حالة سبات خفيف

يشتد سباته بعد الفصادة ويموت . هذا ما كان يلاحظه الاطباء غير انهم لم يكونوا يجرأون على مقاومة العادة الشائعة . وان ما شجع اليوم عدداً من الاطباء على الجهر بضرر هذه العادة وضرورة مقاومتها الاعمال التي قام بها الاستاذ كلوفيس فانسن وغيره .

ومنها يستدل ان ليست الفصادة الوافرة التي يستخرج بها مقدار كبير من الدم مضرة فقط بل ان بزل الوريد واستخراج بضعة سنتيمترات من الدم منه قد لا يخلو من الضرر ايضاً . لان بزل الوريد هذا قد يحدث انخفاضاً انعكاسياً في التور المحيطي ينتقل تأثيره الى الدوران الدماغي محدثاً الاضطراب فيه . وهذا الانخفاض المحيطي لا يطول امره فقد لا يستمر الا عشر دقائق ثم يعقبه ارتفاع في الضغط قد يكون منه خطر عظيم على شخص مزداد ضغطه ومهدد بالفالج او مصاب به .

فحذار من الفصادة حتى من بزل الوريد لاستخراج مقدار طفيف من الدم في كل شخص مصاب بسكتة دماغية او مهدد بها لان كل توسط على الوريد مهما كان طفيفاً قد يكون منه تأثير شديد عام في التوتر الشرياني .

م . خ .

❀❀❀

استئصال الورم الغدي عبر المثانة

او من خلال الاحليل

ان الورم الغدي حول الاحليل الذي كان يسمى خطأً في السابق ضخامة الموثة (hypertrophie de la prostate) ينمو ، كما يدل عليه اسمه ، حول الاحليل بين عنق المثانة الذي يعلو والشنخوب (veru-montanum) الذي لا يتبدل مقره البتة . ويعوق هذا الورم الغدي البول ويفضي ، بعد ان تهن عضلة المثانة التي تضطر الى النضال المستمر للتغلب على هذا العائق ، الى بقاء ثمالة من البول في المثانة تزداد مع مرور الزمن والى اتساع المثانة او الاسر الحاد الذي قد يكون موقتاً او دائماً . ولهذه الاضطرابات في افراغ البول تأثير في الكليتين وفي البدن اجمالاً .

ويبين فحص الاورام الغدية المستخرجة النسيجي ان هذا الورم الغدي ينمو على ما للاحليل من الغدد في تلك الناحية .

وقد استند البعض الى براهين علاجية ليست راهنة (فعل الرسل « hormones ») فظنوا ان الورم الغدي ينمو في حذاء قريبة الموثة (utricule prostatique) والمحصولات الملحقة بها مع ان هذا الادعاء مردود بالبراهين التالية : مقر الورم الغدي في انسي مصرة المثانة ، وظهور بعض الاورام الغدية امام الاحليل فقط ، وعدم اضطرار الجراح الى قلع الشنخوب والقريبة في استئصال الورم الغدي الامر الذي لا مندوحة عنه من آونة الى اخرى لو نشأ الورم الغدي من قريبة الموثة .

غير ان كل هذا قليل الشأن والامر الذي يسترعي اهتمامنا هو الورم الغدي نفسه وطرز معالجته .

لا يخفى ان جميع الاورام الغدية حول الاحليل لا تستدعي التوسط الجراحي بل ان المعالجة الدوائية هي أُس المعالجة ما زال الورم الغدي لا يحدث عوارض مزعجة ولا اختلاطات تضطرنا الى الجراحة .

فالتوسط الجراحي واجب :

١ً — متى بدا في المريض أسرٌ تام او كانت الثمالة وافرة فأثرت في الكليتين ، واستلزمت استعمال المسبار دائماً فتعرضت مثانته للعفونة .

٢ً — متى لوحظ في مريض مراقب عن كثب منذ زمن طويل ان ثمالته تزداد وان حالته ستضطرنا الى استعمال المسبار . فخير للمريض ان يعالج معالجة جراحية وحالته حسنة من ان يعالج هذه المعالجة بعد ان تسوء حالته

٣ً — متى طرأت عوارض موقتة غير ان حدوثها تكرر : اسر تام حاد موقت ، حصاة ناكسة ، بيلة دموية وافرة ، التهاب البربخ الراجع ، هجمات تعفن .

٣ً — متى بدت في الورم الغدي نواة دالة على انقلابه ورماً خبيثاً .

والتوسط ممكن في يومنا بطريقتين :

باستئصال الورم عبر المثانة .

بقطعه من خلال الاحليل .

اما استئصال الورم الغدي عبر المثانة (عملية فراير) فيتمّ بالاستفادة من سطح التفريق الواقع حول الورم في مصرة المثانة المنسعة المتفرقة .

بيد ان قطع الورم من خلال الاحليل يجرى بشفرة يجتازها تيار سريع التواتر فيقطع بها الورم شيئاً فشيئاً قطعاً تاماً او ناقصاً .

وقد كثرت الآلات والاجهزة المستعملة في هذا القطع حتى ان عددها يكاد يعادل عدد الجراحين الذين يستعملونها وليست هذه الاجهزة من الاتقان في درجة واحدة نذكر منها جهاز ماك كارتي وستيفنس اللذين استنبطا هذه الطريقة في السنة ١٩١٣ .

ولا تزال المناقشات دائرة حول تفضيل التوسط الجراحي عبر المثانة على قطع الورم من خلال الاحليل او رجحان هذا على ذاك . واستعمال كلتا الطريقتين واجب على ان تعين استطبابات كل منهما . فلا يجوز ان يعالج جميع الاورام الغدية حول الاحليل بالاستئصال عبر المثانة ولا ان يشار في جميها بالقطع من خلال الاحليل. والغاية التي نرمي اليها في هذا البحث هي ذكر حسنات كل من هاتين الطريقتين ومحاذيرها واستطباباتها كما جاء في بحث ماتع للاستاذ ماريون :

ولا غنى قبل كل توسط على ورم غدي حول الاحليل سواء أكان هـذا التوسط استئصالاً عبر المثانة او عبر الاحليل من استقصاء وظيفة الـكلية وحالة جهازي الدوران والتنفس والخ . .

ولا بدّ ايضاً من معاينة حالة المثانة التامـة بالتنظير (cystoscopie) والتصوير الشعاعي . وهذا الاستقصاء الاخير قليل الاستعمال في الممارسة مع انه ضروري ايضاً . فبه يتقي الجراح بعد اندمال جرح مريضه خيبة لم يكن ينتظرها سببها حصاة لم يشعر بهـا في اثناء عمليته او رتج مثاني او استسقاء حويضة والخ . . .

ومعرفة حجم الموثة واجبة ايضاً لان لهذا الحجم شأناً في اختيار احـدى الطريقتين . ولا يكفي مس المستقيم لتخمين هذا الحجم بل لا بد من الاستعانة بتنظير المثانة او الاحليل ايضاً : فقد يبدو الورم صغير الحجم بالاصبع مع انه يكون كبيراً وشديـد البروز في المثانة والعكس ممكن ايضاً .

١ً — استئصال الورم الغدي عبر المثانة : هو ولا شك المعالجة الفضلى للورم الغدي حول الاحليل لانه يخلص المريض من علته بازالته العائق الذي يحول دون البيلة ازالة تامة ويجعله في مأمن من الاخطار والاختلاطات التي يتعرض لهـا في مستقبله ، على ان يستأصل الورم استئصالاً تاماً ولا يترك منه قسم يكون سبباً في نكسه او يهمل ورم غدي ملحق صغير ينمو بعد استئصال الورم الـكبير فتعود العوارض الى الظهور .

اضف الى ذلك ان استئصال الورم الغدي حول الاحليل يعيد للشخص قوةً وإشباباً لا يستهان بهما ويقيه استحالة الورم الغدي الى ورم خبيث وليست هذه الاستحالة بقليلة الحدوث .فان البيلة تعود الى الانتظام ولا تبقى ثمالة الا اذا كانت المثانة قبل العملية قد وهنت عضلتها ووسعتها الثمالة الوافرة التي كانت تجتمع فيها غير ان هذه الثمالة لا تتجه قط الى الازدياد

واذا تردد البعض في اجراء هذه العملية فلخطرها وتختلف الوفيات بحسب الجراحين والمبضوعين والاعتناءآت قبل العملية وبعدهـا . وهي لا تتعدى ٣ — ٨ ٪ في شعب امراض البول المتقنة . غير ان ما يسيء الى سمعة هذه العملية وما يخيف المرضى منها هو سهولتها واقدام الجراحين الذين لا خبرة لهم بالاعتناءات قبل العملية وبعدها على اجرائها

وقد قلّ خطر هذه العملية بعد ان اصبحت تجرى في زمنين : خزع المثانة في الزمن

الاول لتفجيرها وتطهيرها اذا كانت عفنة ولا راحة الكليتين وتحسين الحالة العامة بمنع البول عن الانحباس . واستئصال الورم الغدي في الزمن الثاني ويجرى هذا الاستئصال بعد زمن مختلف الطول من الزمن الاول .

وليس اجراء العملية في زمنين ضرورياً في جميع المرضى بل ان اجراءها في زمن واحد مفضل في بعض منهم .

وتجرى العملية في زمنين : ١ً — في المرضى القليلي المتانة لتقدمهم في السن او لسوء حالتهم العامة الناجم عن احد الاسباب

٢ً — في المتعفنين الذين تقيح بولهم

٣ً — متى اصيبت الكليتان وتعرف اصابتهما بمعايرة بولة الدم واختبار الفانول سلفون فتالئين

٤ً — في المرضى المصابين بآفة كلوية اخرى تستدعي توسطاً اولياً : رتج ، حصاة مع تعفن والخ . .

٢ً — قطع الورم بطريق الاحليل : يمتاز قطع الورم بطريق الاحليل بكونه اخف خطراً غير ان عمليته قد يعقبها الموت في المرضى المضعفين المتعفنين خلافاً لما يظن البعض وكثير من الوفيات التي لم تنشر حوادثها تثبت هذا الامر. فاذا اجرت ايد غير متمرنة هذه العملية واذا لم تراعَ استطباباتها ومضادات استطباباتها فاقت الوفيات فيها وفيات الاستئصال عبر المثانة الذي تجريه ايد ممرنة .

وتستدعي هذه العملية احليلاً واسعاً كافياً لامرار الآلة الغليظة القاطعة . فقد لا تمر هذه الآلة في الاحليل حتى اذا حضر قبلاً. ويخزع بعض الجراحين الاحليل خارجاً لادخال آلتهم وهذا دليل على ان هؤلاء لا يفقهون معنى الجراحة .

ومن حسنات هذه العملية انها تجبر المريض على ملازمة فراشه طويلاً كالاستئصال عبر المثانة غير انها ليست عملية سيارة (ambulant) كما يظن البعض . واذا كانت نتائجها حسنة في بعض من الاوقات وكانت البيلة تنتظام وتقل الثمالة بعدها فهي في البعض الآخر ناقصة او سيئة حتى انها قد تدعو الطبيب الى اعادة الكرة مرة او اكثر لتصبح النتيجة مرضية . ومهما يكن فان القطع الكهربي لا يأتي على الورم الغدي جميعه الا اذا

كان صغيراً والجراحون الذين يدعون انهم قطعوا قطعاً تاماً ورماً غدياً كبيراً ينسون الفصوص الضالة التي لا تكشفها الاصبع التي استأصلت الورم الغدي الا اذا فتشت عنها . فنكس الورم والحالة هذه بعد القطع الكهربي ليس نادراً وعودة العوارض بعودته امر محتم . وهذا ما حمل الكثيرين من اختصاصي امراض البول الى تضييق دائرة هذه العملية .

واذا روعيت في هذه العملية استطباباتها واتقن اجراؤها كانت عملية سليمة واما اذا اجريت في جميع الاورام الغدية بلا استثناء فتعادل الوفيات فيها وفيات الاستئصال عبر المثانة وربما تفوقها بدون ان تتساوى النتائج في العمليتين . وتتمتع هذه العملية الآن بسمعة حسنة ويقبل عليها المرضى مختارين

وينجم الموت في عقبها عن النزف او العفونة أضف الى ذلك ان توالي العملية ليست بسيطة دائماً كما يصورها البعض بل ان الكثيرين من المرضى يظلون مصابين عدة اشهر بالتهاب مثانة سببه تكلس انقاض الاجزاء التي لم تحرر تماماً ولا يزول التهاب المثانة هذا الا متى انطرحت تلك الحصيات ، ويبقون عرضة ايضاً لسلس البول

فعلى الجراح قبل اجراء هذه العملية ان يعاين مريضه معاينة دقيقة من الوجهتين الوضعية والعامة كما لو اراد اجراء الاستئصال عبر المثانة ، واذا قرر القطع الكهربي لسوء حالة الكليتين والمثانة كان عليه ان يخزع المثانة اولاً

وربط الاسهرين (canaux déférents) احتياط مفيد جداً وواق من التهابات البربخ التي تبدو احياناً في عقب القطع

٣ — اختيار احدى الطريقتين : ان القطع من خلال الاحليل عملية حديثة لايستطاع الحكم على نتائجها ولا الاقرار بقيمتها لان قطع بعض من الورم الغدي وتمكن المريض بعده من البول ليسا كافيين للقول بحسن هذه الطريقة ، فان بعضاً من الاطباء بهرتهم المهارة التي اجرى بها بعض من اختصاصي امراض البول هذه العملية ولم يتبعوا مرضاهم اشهراً وسنوات ليعلموا النتيجة فقالوا استناداً الى ما رأوا ان الطريقة سليمة وحسنة وان شيوعها واجب مع انهم لو اتبعوا اولئك المرضى مدة طويلة من الزمن لبدلوا رأيهم ، لا ينكر ان القطع الكهربي عملية حسنة وسليمة اذا اقتصر في اجرائها على مرضى معينين. فهي الطريقة الفضلى في :

أ — الاورام الغدية الصغيرة ولا سيما متى وقعت على الخط المتوسط .

ب — الاورام الغدية المتوسطة اوالكبيرةالحجم متى كانت متماسكة القوام وفي اشخاص قليلي المتانة متقدمين في السن .

ولا يؤمل في قطع الورم الغدي كله غير ان اعادة البيلة الى مجراها الطبيعي ممكنة ولو موقتاً وهذا كافٍ في اشخاص مسنين لا تطول حياتهم لنكس ورمهم .

ج — ويشار ايضاً بالقطع الكهربي في بعض من الفتيان الاقوياء البدن الذين لم يصابوا بعوارض تبرر الاستئصال عبر المثانة فيهم (ثمالة وافرة ، انحباس بول) بل جلّ ما يتتابهم بوالة (pollakiurie) وتبويل (dysuric) فالقطع الكهربي فيهم كافٍ لازالة هذه العوارض ومنعها عن التجدد .

وحذار من القطع الكهربي في الاورام الغدية الكبيرة الرخوة المحتقنة السهلة النزف لان قطعها شاق للنزف الذي يطرأ ولضرورة وقفه قبل العودة الى العمل .

وليمتنع عن القطع الكهربي في الاورام الغدية المعرقلة بعفونة جدية لان السطح الذي ينجم عن القطع واسع ولان عوارض انسمام الدم الخطرة في عقبه ليست بنادرة الحدوث واكثر الوفيات تقع في مثل هذه الحالات .

ويفضل الاستئصال عبر المثانة

أ — في الاورام الغدية الكبيرة والمتوسطة متى كان المصاب حديث السن فالعملية فيه سليمة والنكس محقق اذا قطع الورم بالكهربا لان القطعة التي تتركها الشفرة تجد وقتاً كافياً للنمو والنكس .

ب — في الاورام الغدية الكبيرة النازفة المتعفنة حيث القطع الكهربي صعب وخطر، صعب بالنزف وخطر بعفونة الدم التي تنجم عن السطح الواسع المعرى

ج — في المرضى الضيقة احاليلهم حيث لا يستطاع ادخال الآلة

د — متى كان فتح المثانة واجباً لتحسين حالة الكليتين او تطهير المثانة او معالجة آفة اخرى فيها .

ولا ينكر ان القطع الكهربي بعد فتح المثانة ممكن لا بل اقل خطراً مما لو اجري من خلال الاحليل غير ان المريض الذي تحمل خزع المثانة يتحمل في الغالب استئصال الورم

واستئصاله يفوق قطعه كما لا يخفى الا اذا كان المريض شديدالوهن او كان الورم صغيراً

د — متى كان تقيح جدي في الموثة

هـ — متى بدأت استحالة الورم الخبيثة

و — متى خاب القطع الكهربي .

والنتيجة ان من اراد ان يقتصر في ممارسته على اجراء احدى الطريقتين فقط في جميع مرضاه يكون قد اخطأ . لان نتائج العمليتين حسنة اذا روعيت استطباباتهما ومضادات استطباباتهما ولان الوفيات في القطع الكهربي اذا لم ينتق المرضى الصالحون له لا تقل عنها في الاستئصال عبر المثانة م . خ .

❀❀❀

المعاينة السريرية في امراض العظام

(رسوم مجمل الصقل الكهربية ، وبزول العظم المكررة)

١ — داء غوشه (Maladie de Gaucher)

قد ذكرت في داء غوشه علامات عظمية مختلفة غير انها تظهر متأخرة في الغالب .

أ — فقد تكون علامات وظيفية : آلام عظمية موضعة او متأخرة الا انها بالخاصة علامات حكمية ناجمة عن اصابة العامل المرضي للعظام فيلين العظم وينكسر او يتشوه ولاسيا الفقار التي ينشأ عن تشوهها الاحديداب او البزخ (lordose) وبالتالي قصر القامة

ب — أيستطاع كشف اشتراك العظام قبل ان تظهر العلامات السريرية ؟ اجل . بالرسم الشعاعي على ان يصور الصقل اجمالاً . فالعظام المسطحة اسهل واسرع اصابة من العظام الطويلة . ولا عجب في ذلك لانها تحتفظ مدة طويلة بنقيها الاحمر النشيط

غير ان من هذه العظام الطويلة كالقص والفقار ما تصعب قراءة رسومه الشعاعية حتى ان هذه الرسوم لا تثبت تشخيص الآفة العظمية

ج — ولكن معاينات النقي ببزل القص تثبت اثباتاً لا شك فيه اشتراك هـذا العظم الذي يبدو سليماً بآفة غوشه . فان خلايا غوشه الخاصة يبدو منها عدد عديد في الجزعة ويرجح ان اشتراك نسيج النقي الشبكي البطاني مبكر في الظهور . ففي ضخامة الطحال حيث يظن بداء غوشه يثبت بزل القص هذا الداء ولا يبزل الطحال الا اذا جاء بزل القص سلبياً وهذا نادر

فانتظار العلامات السريرية لتشخيص الداء يؤخر كشف العلة بيد ان بزل القص ، هذا العظم السهل المنال يمكن الطبيب من التشخيص قبل ظهور العلامات الوظيفية والسريرية

٢ — اورام النقي العظمية

اننا نجد في اورام النقي العظمية او داء كاهلر جميع الحادثات الي تحققناها في داء غوشه

أ — في اورام النقي العظمية المستولية قد تصادف ايضاً علامات عظمية سريرية ، وظيفية وحكمية : الآلام ثم الكسور والتشوهات التي تتلو لين العظام.

وقد تصيب الآفة عدة عظام بدون ان تكون مستولية . وظهور هذه العلامات وان يكن اقل تأخراً منه في داء غوشه ، لا يبكر في الظهور ايضاً . ومع ذلك فقد لا يسترعي انظار الطبيب والمريض غير عرض اول هو انكسار الاضلاع المكرر عفواً او بدون سبب يذكر . فاذا ما اعار الطبيب هذا العرض اهميته واسترشد بعلامات اخرى عامة توصل الى تشخيص الداء : فقد يبدو تناذر دموي وتناذر آخر بولي لهما قيمتهما في تشخيص اورام النقي العظمية وان يكن هذان التناذران غير ثابتين ولا خاصين بهذه الاورام فقط. ويقوم التناذر الدموي بازدياد بروتيدات الدم ولاسيا بانقلاب مناسبات المصلين كريين (sérine-globuline) مع ازدياد الاوغلولولين(euglolobuline) ويقوم التناذر البولي بظهور الآحين في البول ولا سيا آحين بنس جونس (Bence-Jones)الذي يرسب في الدرجة ٥٥ — ٦٥ ثم يذوب في حرارة أعلى

ب — ورسم الصقل جميعه يمكن الطبيب من تشخيص باكر ومعرفة امتداد الداء .

تظهر في الرسوم الشعاعية ثقوب مدورة مقطوعة الحافات في العظام المسطحة بالخاصة: الجمجمة والترقوة والضلوع والخ . ثم تبدو في العظام الطويلة متأخرة .

ويستطاع بالرسم الشعاعي اتباع سير الداء ايضاً . فاذا ما اعيدت الرسوم في كل ثلاثة اشهر عرف سير الآفة وامتدادها : بازدياد الاجواف العظمية وظهور اجواف جديدة في عظام كانت تبدو سليمة حتى ذلك الوقت

ج — ويظهر ان لبزل القص في التشخيص الباكر قيمته هنا كما في داء غوشه . فان المجهر يكشف في نقي العظم خلايا مصلية موهمة (pseudo-plasmocytes) معدلها بالنسبة الى سائر الخلايا الاخرى متبدل من ٢٠ — ٦٠ ./. ، ويعلن فارنا وستورتي حادثة امرأة مصابة بفاقة دم مزمنة خطرة لم يعرف سببها ، فشخص ورم النقي العظمي فيها وسبب فاقة الدم ببزل القص قبل ظهور اي علامة عظمية او دموية او بولية وقد اثبت الرسم الشعاعي بعدئذ هذا التشخيص

فبزل القص هو من احسن الوسائل في التشخيص ان لم نقل احسنها . وبعد ان

يشخص الداء يكمل بزل العظام الاخرى، وبزل العظام كرسمها الشعاعي واسطة في استقصاء سعة الآفات فكما ان الرسوم الشعاعية اذا ما اعيدت في كل ثلاثة اشهر تبين امتداد الآفة او تحسنها بالمعالجة يظهر بزل العظام المكرر ايضاً اذا ما كانت فواصله ثابتة بازدياد عدد الخلايا المصلية او قلتها استفحال الآفة او تحسنها .

٣ — سرطان العظام الثانوي

لا تخفى كثرة استيلاء بعض من سرطانات الغدد على جهاز العظم في عقب العمليات ولنذكر منها سرطان الثدي والغدة الدرقية ونظائر الدرق والموثة والكظر (surrénale) فسرطان الثدي يغير بالخاصة على الفقار والاورام الاخرى تفضل العظام الطويلة .

أ — وقد ينكشف سرطان العظام كداء غوشه واورام النقي العظمية بعلامات وظيفية او حكمية . فسرطان الفقار يؤلم بسرعة ثم تظهر فيه علامات انضغاط الجذور او النخاع فيتمثل مشهد الكساح (paraplégie) التشنجي او غير التشنجي المؤلم . وقد تبد كسور منذرة ببدء الداء .

وقد ترشد معاينة الدم ايضاً في سرطان العظم المستولي الى التشخيص متى كان السرطان عميقاً . فتبدو فاقة دم متفاوتة الشدة مع ازدياد الكريات البيض الكثيرات النوى وظهور خلايا النقي في الغالب (٥ — ١٠ ٪ من خلايا النقي المعتدلة)

وفي الواقع فان ظهور العلامات الحكمية حتى الوظيفية يتأخر ويحتمل ان الشذوذ الدموي يثبت انتشارات متسعة في العظم .

ب — تستنتج هنا . كما في الادواء السابقة ، من رسوم الصقل الشعاعية برمته معلومات ذات شأن فهي تبين ان الفقار قد اصيبت فظهرت فيها جيوب شبيهة بجيوب الورم المخي وانها على وشك الانهدام او ان تكثفات شديدة قد بدت فيها ، وهو نادر ، غير ان ماله بدرسه الصقل برسوم شعاعية اجمالية وصف في العظام بقعاً صغيرة نيرة نسبها الى استيلاء الخلايا السرطانية . وبعد ان عالج هذه البقع بالاستشعاع اصبحت اكثر وضوحاً لزوال هذه البؤر الخلوية الصغيرة الانتقالية منها ثم زالت بعد ان عولجت معالجة مكلسة وتحسنت الحالة العامة في الوقت نفسه .

ج — درس نقي العظام في سرطان العظم فيه من الفائدة ما في ادواء العظام الاخرى

فكثيراً ما يكشف درسه ان سرطان الثدي قد انتقل الى القص مع ان العلامات السريرية تكون مفقودة بتاتاً . ومعرفة الخلايا السرطانية سهلة جداً بمنظرها واستطالتها حتى انها لا تدع مجالا للتردد .

فالانتشار الى العظام كثير الحدوث اذا ما فتش عنه بالطرق الحديثة . وهذا الاستيلاء ممكن قبل كل عملية وهذا ما تجب معرفته لان البعض قد اتهم الجراحة في احداث هذا الاختلاط وتحقيقه . وتستنتج من هذا المبدإ نتيجة ذات شأن في الممارسة وهي انه لا يجوز بضع سرطان الثدي قبل رسم عظام الصقل اجمالا ومعرفة ما اذا كان السرطان قد انتشر اليها ولاسيما قبل بزل القص ومعاينة نقيه . ولا يحق للجراح اجراء عمليته قبل ان يتحقق انه يستطيع قطع شأفة السرطان الموضع الذي يسدد اليه مبضعه . واذا رأى ان الانتشار قد حدث وان بؤراً ثانوية قد تكونت كان عليه ان يمتنع عن استئصال السرطان لانه لا يستطيع القضاء على البؤر العظمية في الوقت نفسه .

واذا كنا قد ذكرنا سرطان الثدي في الانتقالات العظمية فلأن سرطان العظم ثانوي في معظم الاوقات ولا يدرك منشأه عادة حتى ان الانتقالات العظمية الى الصقل قد تحل في الدرجة الاولى ويحل السرطان الذي انشأها في الدرجة الثانية . وقد يشخص منشأ الورم من شكل الخلايا السرطانية الخاص كما حدث لفارادي الذي استطاع بعد بزل القص ودرس الخلايا السرطانية فيه من معرفة مصدرها الكبدي لاحتوائها على الاصبغة الصفراوية .

وليعلم ان بزل القص قد يأتي سلبياً مع ان الانتقالات العظمية تكون محققة لان البزل يكون قد وقع في جوار الآفة .

يستنتج من هذا ان مبحث الآفات العظمية يثري اذا درست العظام والدم في آن واحد . وليعاين نقي العظم اما في حذاء الاورام الموضعة او في حذاء القص او الفقار حيث النقي سهل المنال وحيث لا يزال نشيطاً ومحقق الاصابة ، ان هذه المعاينة جزء من معاينة الدم لان نتائجها ثابتة ولانها اكثر دلالة من الوسائط الاخرى اضف اليها رسم الصقل اجمالاً الذي اتى باحسن المعلومات .

❀❀❀

معالجة البهر

ما من داء استدعى بكثرة حوادثه واستعصائه على المعالجة تحريات عديدة كالبهر . فلا عجب اذا ما تعددت طرق معالجته واذا ما صعب اختصارها في عجالة كهذه .

يدعى الطبيب عادة الى معالجة مريض مصاب بنوبة حادة ، فعليه ان يكافح اولاً هذه النوبة حتى اذا انقضت عاد الى السؤال عن الظروف التي احدثتها ودرس سوابق المريض وعاينه. معاينة تامة ودقيقة ووصف معالجة موافقة منعاً لعودة النوبة .

١ً — معالجة نوبة البهر : تختلف المعالجة باختلاف شدة النوبة فاذا كانت خفيفة اكتفي بمعالجة الاعراض التي يعرفها المريض عادة ويستعملها متى هددته النوبة . واذا كانت شديدة كان على الطبيب ان يخفف عن مريضه في الحال ، وان يلجأ الى المعالجة الغريزية معيداً التوازن بين عمل الرئوي المعدي الذي اشتدّ نشاطه وعمل التائه الذي نهي واذا تتالت النوب على الرغم من كل هذا وتقاربت وجب الالتجاء حينئذ الى المعالجة الدوائية

أ — معالجة النوبة الخفيفة : يجلس المريض قرب نافذة مفتوحة وتفك ازرار قميصه وتصنع حجامات جافة على صدره وظهره وتنطس قدماه في ماء مخردل .

ويعطى لفافة من اوراق البلادونا النيترية او من الداتورا فيدخنها او تحرق هذه الاوراق فيستنشق دخانها ويوضع في الحفرتين الانفيتين مرهم فيه كوكائين (١ — ٢٠) وادرانالين (١ — ٢٠٠٠)

واما العلاجات الباطنة فيختار منها الطبيب ما يراه موافقاً :

يودور الكافئين ٠،٥٠ سنتيغراماً مرتين الى ثلاث مرات في اليوم

برومور ولا سيا برومور الكالسيوم غرام الى غرامين يومياً

آفادرين (٤ — ٥ سنتيغرامات يومياً) وفائدته حسنة .

فالريانا : الخلاصة المائية الكحولية (٠،٥٠ سنتيغراماً الى غرامين) او الصبغة (٢ — ١٠ غم)

الغردانال (٠،١٠ — ٠،٢٠ سنتيغراماً)

جاوات البنزيل ٢٠ — ٥٠ قطرة من محلول كحولي نسبته ٢٠ ٪.

تؤخذ هذه العلاجات في اثناء النوبة والاحسن اخذها قبلها متى شعر المريض ان النوبة ستنتابه ويثابر عليها بضعة ايام . وبعد ان تختبر هذه العلاجات المختلفة يعرف ايها اكثر موافقة للمريض لان لكل مريض تحسساً خاصاً بازاء الادوية. واذا لم يحمَ المريض في اثناء النوبة على السوائل يخفف طعامه ويختار منه ما كان قليل السمية

ب — معالجة النوبة الشديدة : تراعى في هذه المعالجة الامور التالية :

تنبيه الودي : وطريقته ان تحقن اللحمة بنصف سم٣ — سم٣ من ادرانالين نسبته ١ — ١٠٠٠ ويجوز ان تشرك خلاصة الغدة النخامية مع الادرنالين التي تخفف الاحتقان عن الرئتين بفعلها الخافض للضغط في الشريان الرئوي . والافاتمين (évatmine) مركب فيه هاتان المادتان .

وتستعمل في الاولاد مقادير ضئيلة : قطرة الى قطرتين من الادرانالين لكل سنة من العمر .

وتجوز الاستعاضة عن الادرانالين بخلاصة الكظر التامة . وبعد استعمال الادرانالين تزول النوبة في بضع دقائق غير ان زوالها لا يطول بل تقضي الحاجة باعادة الكرة بعد ساعتين الى ثلاث ساعات .

ولا يخفى ان اعادة هذه الحقن لا يخلو من الخطر : فان المريض يعتاد بسرعة هذه العلاجات حتى ان النوب تصبح اكثر تواتراً ومناعةً على المعالجة . فعلى الطبيب ان يقتصر في استعمالها على مساس الحاجة فقط .

نهي الرئوي المعدي : متى لم يكف استعمال الادرانالين او متى رغب في تقوية فعله يعطى اللفاح (البلادونا) :

صبغة اللفاح (عشرون قطرة مرتين او ثلاث مرات يومياً)

حبوب تروسو (خلاصة اللفاح سنتيغرام ومسحوق اللفاح سنتيغرام لكل حبة، ثلاث حبات يومياً)

كبريتات اللفاحين (الاتروبين) المعتدلة (ربع مليغرام حقناً تحت الجلد مرتين الى ثلاث مرات يومياً)

واذا خابت هذه العلاجات تحقن اللحمة بستيغرام مورفين او سادول .

ويستحسن اكمال هذه المعالجة بالمعالجة التي ذكرناها في النوبة الخفيفة وتقوية القلب اذا اقتضى الامر .

ج — معالجة النوب المتداخلة : يندر ان تأخذ النوب بعضها برقاب بعض وان تعصى المعالجة فاذا ما حدث هذا يلجأ الى المعالجة بالحرارةويظهر ان الخراجة الاصطناعية خير من العلاجات الاخرى المقترحة : الزيت المكبرت ، واللقاح المضاد للتيفية ، والدملكوس والخ فان الحرارة تعلو بعدها باثنتي عشرة الى عشرين ساعة وتزول نوبة البهر . ولا تشق هذه الخراجة قبل اليوم السابع او التاسع وخير ان تطول مدة التقيح ما امكن لان النوبة لا تظهر مطلقاً ما زال التقيح .

واشار بعضهم بالفصادة ٣٠٠ — ٤٠٠ سم٣ التي قدتأتي ببعض النتائج الحسنة ومثلها التخدير العام بالكلوروفورم مدة ٤٥ دقيقة .

وجنى بعضهم فائدة من الاستشعاع النافذ على الصدر والطحال غير ان استعماله متعذر لصعوبة نقل هؤلاء المرضى .

والحمية المائية واجبة في اثناء النوبة وغسل الامعاء والمسهلات كذلك .

٢— معالجة البهر السببية والامراضية : لا غنى عن معالجة سبب البهر اذا شئنا الا تعود النوب لان المعالجات التي ذكرناها موقتة . واكثر المبهورين مصابون بادواء عصبية وحرضية فهم في الغالب مسممون ، عسيرو الهضم ، نقرسيون ، وقد يكونون مسلولين سلاً قديماً او مصابين بادواء كلوية ووتينية (aortiques) . فعلى الطبيب ان يطمئن الى حالة الكلية وان يراقب الضغط الشرياني ويعلم ما اذا كانت الكبد مقصرة فاذا ما عولجت هذه الغدة شفي المريض . وتصعب منذ البدء معرفة المكان الذي يوافق المبهور . والجبال المرتفعة حيث الغبار قليل في الهواء اكثر موافقة من السهول او الاودية حيث الهواء رطب. وسكنى المدن خير من سكنى القرى . وشواطىء البحار مفضلة على سواها .

وعلى المرء ان يعيش عيشة نشيطة غير ان الارهاق مضر وان يكون غذاؤه قليل السمية والآزوت (فلا مرق لحم ، ولا مقددات ولا اجبان مختمرة ولا شوكولاتا ولا كحول والخ . .) ويستحسن يوماً او يومين في الاسبوع ان يحمى المريض على اللبن والاثمار

أ — معالجة السبب : يعاين المريض معاينة عامة ليعلم ما اذا كان فيه سبب محدث للنوبة: ناميات في الانف ، قرينات ضخمة ، التهاب زائدة مزمن ، التهابات تناسلية ، التهاب مرارة والخ . .

واما معرفة السبب المحدث للنوبة فتقوم بتحسيس البدن بازاء المواد التي تؤثر فيه بحسب الطريقة التي استنبطها الاميركان . غير ان في ذلك ما فيه من الصعوبة فان هذه المادة ليست في الغالب مفردة بل مركبة (غبار ، روائح . . .) من عدة عناصر لا يستطاع تفريقها ولا معرفة العنصر المحدث للنوبة فيها

واذا استطيعت معرفة هذه المادة يحسس المبهور بازائها بادخال مقادير جزئية منها بجهازه الهضمي قبل الاكل وزيادتها تدريجياً او بالتفاعل الادمي او الحقن تحت الجلد وليصنع هذا التحسيس بروية وبطء والا حدثت عوارض قد لا تحمد عقباها

ب — معالجة البيئة : اذا كان اختلال في التوازن بين التائه والودي سعي الى اصلاحه باستعمال خلاصات الغدد : الدرقية والبيضية والكظرية بحسب الحالات

ويكفي في معظم الحالات دعم التوازن الخلطي بابطال تحسس غير نوعي وتحقق ذلك بطرائق احيائية او كيماوية

الطرائق الاحيائية : اشهرها المعالجة بالهضمون (peptone) وطريقته ان يعطى الهضمون بطريق الفم او الادمة او الوريد . فيعطى بطريق الفم ولو لم يكن البهر هضمياً بمقدار ٠،٥٠ سنتيغراماً في برشانة قبل الطعام بنصف ساعة، غير انه قليل الفعل بهذا الطريق

ويعطى بطريق الادمة بحقنها في كل يوم بعشر السنتيمتر ثم بعشريه ثم بثلاثة اعشاره من محلول هضمون ويت او شاسانغ ونسبته ٥٠ ٠/٠ طيلة عشرين يوماً متتابعة . ويجوز ايضاً استعمال محلول نسبته ٥ ٠/٠ وحقن اللحمة به في كل يومين حتى يصبح عدد الحقن خمس عشرة

واما طريق الوريد فشديد التفاعل ولا يخلو من الخطر

ومن الطرائق الاحيائية :

الاستدماء الذاتي : قد اتى بعدد من النتائج الحسنة غير انها لم تكن ثابتة . تصنع عشر حقن قوام كل منها ١٠ — ٢٠ سم٣ مرتين في الاسبوع او تصنع حقن صغيرة المقدار

كل منها ١ — ٣ سم٣ في كل يوم طيلة عشرة ايام . والاستدماء ناجع في الربو المسبب عن اسباب خارجية (الروائح الاغبرة ، طلع النباتات والخ . .) وفي زكام العلف .

الاستمصال الذاتي : اذا خاب الاستدماء استعمل الاستمصال . تصنع حقن من مصل المريض في الادمة او غشاء الفم المخاطي (وجه الخد الباطن او غشاء الانف المخاطي «الجدار الوحشي») قوامها $\frac{٣}{١٠}$ — $\frac{٨}{١٠}$ السنتمتر المكعب بابرة دقيقة . ويثابر على هذه المعالجة عشرين يوماً . وللاستمصال الذاتي فعل ناجع اذا استخرج الدم في اثناء النوبة (ويستطاع حفظ هذا المصل زهاء اسبوع في المثلجة) .

الاستلقاح : يستعمل في الربو العفني المصدر الذي تتقدمه عوارض رئوية حادة . تحضر لقاحات ذاتية من جراثيم القشاعات او جراثيم الحفرتين الانفيتين او البلعوم او تستعمل لقاحات جاهزة ويحقن المريض منها بمقادير متزايدة .

وقد جربت حديثاً الحقن الرغامية بلقاح متعدد القوى محلول في ٥ سم٣ من المصل الغرزي فاتت بنتائج حسنة .

مادة اوريال (substance d'Oriel) : جديرة بالتجربة في الحادثات المستعصية ، يبدأ بسلسلة من الحقن المستبطنة للادمة في كل يومين ويبتدأ بعشر السنتيمتر المكعب ويزاد تدريجياً ثم تصنع حقن تحت الجلد فتظهر تفاعلات عامة وحشوية لاخطر منها وتزول بسرعة اذا لم تستعمل مقادير كبيرة .

الطرائق الكيماوية : استعمل بعض من المواد الكيمياوية بعد ان خابت الطرق السابقة او مشتركة معها لتثبيت توازن المصورة الدموية وهي :

. كلورو الكالسيوم : ٢—٣ غم بطريق الفم او حقناً وريدية (٦ — ١٢ حقنة قوام كل منها ١٠،٠ سنتغم محلولة في ٥ — ١٠ سم٣ من الماء المقطر) . ويحقن بها ببطء وتصنع واحدة في كل يوم .

تحت كبريتيت الصوده : غرامان في اليوم او ١٠ — ١٥ حقنة عضلية قوام كل منها عشرة سم٣ من محلول عشري .

تحت كبريتيت المغنيزيا : المقادير نفسها حقناً في العضلات .

ملاح الذهب : مفيدة ولاسيما في المسلولين المبهورين على ان يحتاط في استعمالها.

المعالجة الجراحية : غايتها قطع القوس الانعكاسية العضوية الانباتية ولا تستعمل الا في الربو الذي لم يخضع لاحدى هذه المعالجات الآنفة الذكر . ويشير كومال بقطع الودي الرقبي وليريش باستئصال العقد النجمية (stellaires) .

ولا يشير معظم المؤلفين بهذه العمليات لان قطع الودي يشلّ الفعل الموسع للقصبات الذي يضع حداً للنوبة . ولعلّ في قطع الرئوي المعدي فوق الراجع فائدة اكبر . غير ان جميع هذه العمليات قليلة الفوائد وكثيرة الخيبة .

الحمات : فائدتها كبيرة فهي عدا فعلها الشافي مفيدة لانها تجبر المريض على تبديل الهواء والبيئة وقد يكون ذلك كافياً لشفائه . فالمياه الزرنخية (بوربول) للفتيان المضعفين اللنفاويي المزاج . والمياه المزرنخة المكبرتة للاشكال النزلية من الربو والمياه المكبرتة للشيوخ المبهورين .

٣ — معالجة الاختلاطات : اذا كانت نوبة الربو سليمة فليس الامر كذلك في الربو المعرقل الذي يؤثر اخيراً في الرئتين والقلب فترافقه نوب التهاب القصبات الحاد او المزمن وتصلب القلب ووهنه فعلى الطبيب ان يفكر فيها على الاقل ليعالجها . فهي تعالج بتحمير الصدر والحمية الصارمة ومقويات القلب .

❁❁❁

والخلاصة ان معالجة الربو تختصر بامرين : اولاً معالجة النوبة باستعمال اللقاح او الادرانالين وثانياً بمعالجة السبب التي تحتاج الى عناية ادق وصبر طويل سواء امن جهة المريض او من جهة الطبيب ايضاً.

م . خ .

❁❁❁

معالجة القرحة اللينة والتهابات

الادمة المتقيحة بمسحوق السولفاميد

كتب سازاري بحثاً مقتضباً عن نتائج معالجته القرحة اللينة والتهابات الادمة المتقيحة بمسحوق السولفاميد نرى فائدة في نقله قال :

القرحة اللينة : شفى هنشيل بعضاً من القرحات اللينة باعطاء مرضاه السولفاميد بالفم او حقناً تحت الجلد ، غير ان النجاح الذي صادفه لم يكن ثابتاً (٦ من ١٢ حادثة) .

وقد استعمل لابيناي مسحوق السولفاميد ذراً على القرحات اللينة فنال منه نجاحاً باهراً ، كان يذر كل يوم على القرحة بدون تنظيفها من مسحوق السولفاميد ويضع ضماداً خفيفاً فكان يرى ان فعل المسحوق سريع وعجيب . فلا تكاد تمر اربع وعشرون ساعة حتى يقل التقيح ، هذا اذا لم ينقطع ، وتنظف القرحة ويزول الالم ، ثم يبدأ الندب في اليوم الثاني ويتم الشفاء في اليوم الثالث الى الثامن .

وقد شفى لابيناي من مرضاه الاحد عشر عشرةً ولم يخب الا في معالجة واحد منهم . وكانت قرحة هذا الاخير مختلطة . وقد نال موريل وغروبر وسازاري النتائج نفسها .

ولا تزعج هذه المعالجة المريض فان مسحوق السولفاميد خير من اليودوفرم ، هذا العلاج الذي كان مستعملاً في معالجة القرحة اللينة ، لانه خال من الرائحة ولانه اعظم فائدة .

واما فعله في الدبيلات (bubons) فاخف . فاذا كانت الدبيلة مغلقة يستعمل السولفاميد بحسب مشورة لابيناي بطريق الفم (٣ غم من السابتوبيلكس) واللقاح المضاد للقرحة اللينة في الوقت نفسه . واذا كان الصديد قد اجتمع فيها تبزل . واذا كانت الدبيلة منثقبة او متقرحة او منوسرة تعالج كالقرحة نفسها بمسحوق السولفاميد وباخذه بطريق الفم .

وتعالج القرحات اللينة القديمة المتجهة الى الانتشار والتأكل المعالجة نفسها ويستحسن

فيها ان تكشط حافاتها وتفتح المجاري الواقعة تحت الجلد فيها وبعبارة اخرى ان تجعل جميع اقسام القرحة ملامسة لمسحوق السولفاميد .

وقد استعمل لابيناي في التهابات الشرج القرحية فتائل السولفاميد وذبائل عليها هذا المسحوق .

ولم يذكر لابيناي مطلقاً انه صادف في سياق المعالجة الموضعية بالسولفاميد عدم تحمل هذا العلاج او انسماماً به كما قد يحدث في سياق المعالجة به بطريق الفم . وقد يحدث المسحوق في بعض من الاشخاص حمامى خفيفة في الجلد المجاور للقرحة . غير ان هذه الحمامى سريعة الزوال . واجتناباً لها يذر المسحوق على سطح القرحة فقط او يطلى محيطها بمرهم الكولرغول قبل ذر المسحوق .

التهابات الادمة المتقيحة وغنغرينة الجلد : كان غاته وكيلاره اول من استعمل السولفاميد في معالجة التهابات الادمة المتقيحة . غير انهما استعملاه محلولاً او مرهماً وكلا الشكلين اقل فائدة من المسحوق نفسه .

واما لابيناي ، بعد ان نال تلك النتائج الحسنة في القرحة اللينة ، فقد استعمل مسحوق السولفاميد في التهابات الادمة المتقيحة المتقرحة او النابتة الكثيرة في مراكش : القروح الدوالية والاكتيما ، والقروح الاكالة الناجمة عن الاشتراك المغزلي المتمعجي (symbiose-fuso-spirillaire) والخ .. فكانت النتائج حسنة لان القرحات كانت تنظف بسرعة وكان يبدو الندب فيها .

وقد استعمل سازاري الطريقة نفسها في آفة متغنغرة في الفخذ نامية على اكتيما وآخذة بالانتشار بين يوم وآخر زهاء سنتمترين في اليوم . ولم تكشف في تلك الغنغرينة النتنة غير جراثيم عادية مع انها قد اتت على مايقرب من منتصف الفخذ ولم يقف امتدادها وتنظف وتتبرعم الا بعد ان ذرّ عليها مسحوق السولفاميد .

ان هذه الطريقة السهلة الاستعمال تستحق المقام اللائق عند الاختصاصيين ، بالامراض الجلدية والزهرية ولا سيما في زمن الحروب . م . خ .

❀❀❀

الفواق العنيد

اذا ظهر الفواق عفواً واستعصى يعالج بحمامات حارة درجتها ٣٨ ومدتها ساعتان الى اربع ساعات او اكثر ويشفى الفواق بسرعة بعد استعمال هذه الطريقة .

واذا ظهر الفواق في عقب عملية جراحية يشار باستعمال البلادونا وحده او مع المورفين

خلاصة البلادونا ٠،٠١ سنتغم

كلورمائية المورفين $\frac{1}{4}$ مليغرام .

لحبة واحدة مثلها ثلاثون ، ٣ — ٤ حبات في اليوم

وقد اشاروا باستعمال اللومينال (عشرة سنتيغرامات صباحاً ومساءً في محلول من يودور البوتاس نسبته ٥ ٠/٠ عشر قطرات ٣ مرات في اليوم في ملعقة كبيرة من الماء) .

ومنهم من يستعمل الاتروبين حقناً تحت الجلد .

ويستطاع التأثير في عصب الحجاب بضغطه عند قاعدة العنق بين شعبتي القصية الترقوية الخشائية . ويضغط فانسن الجذر العنقي الخامس الايسر بين الاخمعيتين على الضلع الاولى فاذا شكا المريض ألماً في الابهام الايسر يكون الجذر قد ضغط .

ويشير دوشان بكهربة عصب الحجاب : بوضع القطب الايجابي على المجرى العنقي للعصب والقطب السلبي عند قاعدة الجذع .

م ٠ خ

❀ ❀ ❀

الاضطرابات التي قد تنجم عن التمرين

العضلي وإمراضها

ان التعب الذي تشعر به العضلة بعد العمل شيء طبيعي اقرب الى اللذة منه الى الانزعاج غير ان عمل العضلة متى تعدى بعض الحدود اجتازت عواقبه نطاق الحالة الغريزية ودخلت دائرة المرض، والحد الفاصل بين هاتين الحالتين لم يعين حتى الآن تمام التعيين .

ويدور بحثنا في هذه العجالة على الاضطرابات المرضية التي تجم عن عمل العضلة العنيف وتشتمل هذه الاضطرابات على التشوشات الطارئة على العضلة التي قامت بهذا العمل ، وعلى الاختلالات التي يحدثها تعب العضلة في جهازي التنفس والدوران حتى في بعض وظائف الاعضاء الاخرى ، واخيراً على التبدلات التي تنشأ عن آليات مضرة خاصة قد يكون التمرين العضلي سببها .

متى قامت عضلة بعمل متعب نشأت من عملها اضطرابات قد عرفت حق المعرفة ناجمة كما يظهر عن فعل الانقاض التي يتركها نشاط العضلة وليس عن نفاد ما تدخره العضلة من الاحتياط لان التعب يبدو قبل ان ينفد ذلك الاحتياط المدخر . ونذكر من هذه الانقاض حامض اللبن غير انه لايتعب الا متى كان الاكسجين الذي تمتصه الرئتان قليلاً فلم يستطع تخريبه ، اما « موادالتعب » الاخرى فلم تعين حتى الان ماهيتها وهي ما يحدث الاضطرابات الحسية والحركية التي سنتكلم عنها بعدئذ .

يظهر في العضلة التي تقوم بعمل متعب ألم موضعي ونقص في القوة . ويسهل في الممارسة درس الارتباط الوثيق بين الحادثة الحسية والحادثة الحركية اي بين الألم والتعب متى سئل رجل تحريك اصبعه حركات منتظمة بضع دقائق ودرست صفات هذه الحركات بمسجلة او متى سئل الشخص اجراء حركات تقوم بها زمرة من العضلات ، اما صفات هذا الألم

فلا حاجة الى الاسهاب فيها لانه مامن شخص الا وادركها بنفسه بعد قيامه بعمل متعب فهو ألم متفاوت الشدة منذ الألم الخفيف السريع الزوال حتى الدعث (courbature) الشاق الذي يلازم العضلة عدة ايام ويبدو بعد اتمام العمل العضلي وليس في سياقه .

وقد يحدث بعض من الآلام المرتبطة بالتعب بعامل شبيه بما يحدث في العرج المتقطع: اي بعجز العضلة عن توزيع الدم فيها توزيعاً مناسباً للعمل المطلوب منها .

ولهذه التظاهرات الالمية المذكورة آنفاً دور غريزي مفيد لانها تنبه الشخص الذي يشعر بها الى تعديل تمرينه والا افضت المثابرة عليه الى اضطرابات شديدة وهي ما سنتكلم عنه واذا كان ضرر التمرين عنيفاً احدث ألماً خاصاً فجائياً شديد الحدة مجبراً المتمرن على الامتناع في الحال عن كل حركة هذا ما يشعر به الراكضون وما تسميه العامة « ضربة السوط » وهو شبيه بما يصيب خيل السباق في سياق عدوها . ولا يزال إمراض هذه التظاهرات الالمية قيد البحث غير انهم يعزونه الى انفجار اوعية او انقطاع عضلات او انقلاع اوتار وقد اثبتت المعاينات السريرية في المرتاضين وخيل السباق هذه الآفات المذكورة آنفاً . وقد تقتصر الافة في الاوتار والعضلات على ارتشاح وذمي نزفي وصفه تيكسيه ودعاه التهاب العضلة السمي . وليس غريباً ان ينشأ بعض من انواع الدعث الذي يشعر به الشخص في الايام التي تعقب التمرنات العنيفة من تبدلات في النسج شبيهة بما ذكرنا . والبرهان على صحة هذا الإمراض (pathogénie) تحسن هذه العوارض بالتمريخ الكهربي الذي ينشط الدوران الموضعي ويساعد البدن على طرح المواد المخرشة .

❁❁❁

وعدا انزعاج الحركات الذي تحدثه التظاهرات الالمية قد يفضي عمل العضلة العنيف الى شللها فتمتنع عن تلبية ماتأمرها به الارادة هذا ما يطرأ على الطريدة متى طاردها الصياد طويلاً فان الغزالة متى طال ركضها عجزت اطرافها عن القيام بوظائفها بيد ان عضلات عنقها وجذعها التي لم ينهكها التعب تظل قادرة على القيام بالعمل ساعات عديدة . ولا يصل التعب في الانسان الى هذه الدرجة لانه يقف متى بدت فيه التظاهرات الالمية المرتبطة بشدة التعب قبل ان يبلغ درجة الشلل . والدليل على ذلك ان الشخص بعد ان ينهكه التعب ويقف ويظن نفسه عاجزاً عن الاتيان باي حركة يتمكن من القيام بعمل عضلي إضافي اذا

ما دعاه انفعال شديد الى اتيان ذلك العمل .

وقد تظهر مع ذلك في بعض من المرتاضين فلوج عضلية خطرة فجائية لا يزال إمراضها غامضاً فقد يحدث ان عضلات العضد تنشل بعد ان يتسلق الشخص بسرعة حبلاً املس طويلاً واذا لم تكن نتيجة هذا الشلل الفجائي السقوط فالموت كانت النتيجة انه يتزلق ببطء على الحبل حتى الارض .

ومن الامور التي لا يصح السكوت عنها في عقب التمرين العضلي المتعب ان الشخص يشعر في سياق تمرنه ان حركاته قد اختل انتظامها وان موازنتها قد اضطربت . واسباب هذا الاختلال كثيرة وابرزها ان العضلات اللبقة القائمة بالحركة تعيض عنها بعد ان تتعب عضلات اقل منها لباقة .

واضطرابات الدوران والتنفس التي ترافق كل عمل عضلي تخرج عن نطاق الاضطراب العادي البسيط وتصبح مرضية متى لم يناسب هذا العمل استعدادات الشخص القائم بالعمل . وتختلف هذه الاضطرابات بحسب الاشخاص واكبرها شأناً اضطرابات الدوران .

١ — ليست الزلة(dyspnée) البدئية التي يشعر بها الشخص في الدقائق الاولى من الركض زلة مرضية فهي تنشأ من تنبه مركز التنفس تنبهاً حاداً بالحامض الكربوني الكثير الذي ينشأ من فعل حامض اللبن بمدخر الدم القلوي المؤلف من الفحمات كما لا يخفى ثم يسير في الدم حتى البصلة فينبهها . ويأتي في عقب هذه الزلة البدئية تنفس طويل سهل يسمى « نفخة الراكضين الثانية » مناسب لحالة توازن ثابت بين مقدار الاكسيجين الذي تمتصه الرئتان والحاجة الى الاكسيجين الذي يولده التمرين اي مقدار ما يحتاج اليه البدن من هذا الغاز في حرق الانقاض المجتمعة في العضلات والناجمة عن العمل الذي تقوم به حرقاً تدريجياً يقي الجسد الانسمام اذا ما انتظم ويعرضه له اذا اختلّ . غير ان هذه الحالة الثابتة لا يطول امرها اذا استمرّ التمرين. ومتى بطلت بدا ضيق نفس متصف بتنفس سطحي وسريع . ومتى ظهرت هذه العارضة كانت دليلاً على ان وهناً غريزياً سيبدو بعد قليل . فاذا ما وقف الشخص مضطراً بما وصلت اليه حالته وعدّ نبضه كان من ١٦٠ — ٢٠٠ في الدقيقة وكان توتره الشرياني عالياً غير ان عودة التنفس والدوران الى السكون والراحة

لا يطول امرهـا اذا لم يكن الجهد قد بلغ مبلغه منـه واوصله الى حالة اضطراب دوراني خطر .

٢ — يصنع الراكض اقصى جهده في الامتار الاربعمائة الى الثمانمائة الاولى ويحبس جزءاً من تنفسه ، ولهذا الامر شأنه ، فيقلص عضلات صدره وبطنه ليصلب جذعه ويجعل منه نقطة استناد متينة لحركات اطرافه ويصل الى الهدف وعيناه ناظرتان الى الشريط الابيض ووجهه منقبض وعلامات الاختلال الحركي بادية عليه ولا يكاد يبلغ الهدف حتى يقع في حالة غشي مزرق الوجه فاذا ما اسعف بالدلك العنيف عاد اليه رشده ونقـل الى غرفة فقاء ونام ثم افاق واظهر رغبته في الاشتراك بسباق جديد .

فماذا حدث ؟ انه وهو يعدو حابساً تنفسه افتقر الى كمية كبيرة من الاكسيجين الذي يتطلبه جهده فلم يحصل عليه واجتمعت من جهة ثانية في قلبه ومراكزه العصبية انقاض لم تحترق فسمتها وكان منها الغشي الذي اعتراه غير ان الراحة مكنت الجسد من الحصول على الاكسيجين الضروري فعاد الاتزان الى القلب والمراكز العصبية . ولماذا لم يطرأ الغشي الا في نهاية الشوط وبلوغ الهدف ؟ يعدل لوبري وبوغرت هذا الامر بقولهما : ان توسع الاوعية الشديد في العضلات وهي تقوم بعملها العنيف يقابله انقباض الاوعيـة في احشاء البطن فيتوازن العاملان ولا يهبط الضغط الشرياني غير ان التنبه العصبي القابض لاوعيـة الاحشاء الذي يرافق الجهد يزول بعد بلوغ الغاية فتتسع ويهجم الدم اليها قبل ان تصل من الطرفين السفليين المتسعة أوعيتهما كمية كافية لتعيض عن الدم المندفع نحو الاحشاء فتطرأ حالة الغشي الموقتة . وهذه العارضة على الرغم من مظهرها الراعب لا تدل على ضعف القلب بل تستدعي مراقبته المقبلة مدة من الزمن .

٣ — وقد يحدث ان الرسول الذي يقطع مسافات شاسعة مسرعاً يقع مصعوقاً حين بلوغ المكان الذي يقصد اليه كما حدث لجندي ماراتون الذي بلغ اثينة بعد قطعه اربعين كيلومتراً ناقلاً بشرى الظفر ومات فور وصوله .

وقد ظن ان الموت ينجم في هذه الحالة عن توسع القلب الحاد غير ان هذه الفرضية لم تثبت كما استدل من فتح جثث الذين قضوا في عقب جهود كهذه .

٤ — ويحدث أيضاً ان الراكض يشعر بالتهاث متواصل متزايد فيزرق وجهه ولا سيا

وجنتاه وشفتاه فيقف ويترنح كالثمل وما هي الا « سكرة التعب » ثم يسقط الى الحضيض مغمياً عليه ويسرع نبضه ويهبط توتره الشرياني واذا عوين قلبه بالاشعة تبين انه كبير. ولا يستعيد شخص كهذا حالته الطبيعية الا ببطء شديد ومراقبة قلبه عن كثب واجبة وتقويته امر ضروري .

٥ — وتنشأ من التمرين اضطرابات وظيفية اخرى في القلب والوتين(aorte) غير انها لا تدل على ان فيهما آفات تذكر . فقد يشعر المرتاض بألم امام القلب ولا سيا متى كان مبتدئاً وبالتهاث شديد واسراع قلب حتى بتشوش النظم بدون ان تكون نسبة بين العمل وهذه الاضطرابات ولا تكشف الفحوض السريرية المقبلة والمعاينة الشعاعية ومخطط القلب الكهربي اخف آفة فيه . ولا تمنع هذه الاضطرابات عادة الرياضة الجسدية بل تستدعي اعتدالها ومراقبتها لتناسب حالة المرتاض

٦ — ان الاضطرابات الآنفة الذكر وظيفية صرفة بدون آفات او تبدلات ثابتة تذكر غير ان منها ما ترافقه آفات عضوية صريحة كما يحدث للمثابرين على الرياضة فان قلوبهم لا تضخم فقط بل تسترخي استرخاء دائماً كما تثبت المعاينة الشعاعية التي تبين ان تلك القلوب لا تستعيد حجمها بالراحة . ويتبدل مخطط القلب الكهربي في هولاء تبدلاً مرضياً ويعلو ضغطهم الشرياني . والانذار محتفظ به . وترك الالعاب الرياضية واجب . غير ان عاملاً آخر يفعل عادة في هذه القلوب وليست الرياضة وحدهـا فان المرتاضين الذين تسترخي قلوبهم يكونون في الوقت نفسه من مدمني الخمور او ممن اصيبوا بامراض عفنة او انسمامات مزمنة فتقوم الرياضة فيهم بدور كشف النقاب عن آفتهم الكامنة ليس غير.

* * * *

وتنشأ من التمرنات متى لم تكن متسقة ومنتظمة اضطرابات اخرى نذكر منها :الدعث الحمي الذي يشاهد كثيراً في الجنود المعرضين للاتعاب الشاقة وقد تكون عفونة في انبوب الهضم سببه .

ونذكر ايضاً اتساخ اللسان وقلة الاشتهاء والاقياء والاسهالات واضطرابات عصبية: الارق والتنبه ، والحراقة ، والخطأ في تعيين الانقال واختلال التوازن .

ويستعيد الشخص بالراحة حالته الطبيعية فتزول هذه الاضطرابات واما اذا ثابر المنهك على عمله الشاق فيهزل ويضعف ويستولي عليه الخور (neurasthénie)

وهذا ما يحدث لبعض من الاولاد الذين يكثرون من المرح فانهم يصبحون مضطربين عصبي المزاج فاذا ما انتبه آباؤهم الى حالتهم واجبروهم على الراحة بضعة ايام تبددت هذه الاضطرابات .

والمنهكون كالمسممين ابوالهم ودماؤهم شديدة السمية فاذا حقن بها حيوان استولى عليه تعب شديد م · خ ·

❁ ❁ ❁

الجزء ٦ المجلد ١٤

مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في كانون الاول السنة ١٩٣٩ م الموافق لشوال السنة ١٣٥٦ هـ

كسور المرفق في الولد

نشر الاستاذ سوريل وبره مقالاً ماتعاً عن كسور المرفق في الولد نرى في نقل ابرز ما جاء فيه فائدة للقراء الكرام قال :

ان كسور المرفق في الولد كثيرة الحدوث حتى انه ما من طبيب ممارس الا ويرى منها عدة حادثات في السنة الواحدة . واننا نضرب صفحاً عن كسور اللقمة الانسية وكسور ما فوق اللقمة والكسور بشكل T او Y او الكسور بين اللقمتين لندرتها ، ولا نتكلم الا عن ثلاثة انواع فقط كثيرة المصادفة في الممارسة :

الكسور فوق اللقمتين المعترضة

كسور اللقمة الوحشية

كسور فوق البكرة .

وعلامات هذه الكسور معروفة تذكرها المؤلفات فلا فائدة في اعادتها ، غير ان بعضاً من اختلاطاتها ولا سيما الفلوج العصبية والانطهارات المفصلية لم يدرس حق الدرس مع انه ذو شأن كبير في الممارسة . وقد عرف ايضاً منذ القديم طرز ردّ هذه الكسور وضبطها متى كانت اشكالها بسيطة . غير ان الاشكال الشديدة التبدل التي لا ترد بالوسائط العادية وقد تستلزم التوسطات الجراحية ولا سيما الجرّ بسلك كيرشنر عبر الناتىء المرفقي ، لم تدرس حق الدرس .

فهذه النقاط التي لا تزال غامضة بعض الغموض حرية على ما نرى بالدرس والتمحيص

١ — الكسور فوق اللقمتين المعترضة

كثيرة الحدوث في الاولاد ما دون الخامسة عشرة ومعادلة لـ ٨٢٬٨ ٪ من مجموع كسور المرفق .

التشريح المرضي والآلية : ان الكسور فوق اللقمتين نموذجان : نموذج عادي وهو الكسور تبسطاً ونموذج نادر وهو الكسور عطفاً .

تحدث الكسور تبسطاً في عقب سقوط على راحة اليد، والمرفق منعطف، فيأتي الناتىء المنقاري ويصطدم بكرة العضد مقوماً انحناء النقا (humérus) ذا التقعر الامامي الذي تنكسر نقطته الضعيفة .

وخط الكسر معترض مع انحراف الى الاسفل والامام ويكاد يتبع خط غضروف الاتصال . وتتبدل القطعة السفلى الى العالي والوراء وكثيراً ما تندفع الى الانسي وقد يدور سطحها المكسور حول محور معترض . غير ان لهذين التبدلين الاخيرين (التبدل المعترض والانقلاب) شأناً ثانوياً بيد ان التبدل الاول (صعود القطعة السفلى الى وراء القطعة العليا) ذو شأن كبير لان عاقبته وخيمة اذا لم يصلح بروز رأس القطعة العليا في الامام. وقد تأتي قطعة جسم العظم متى كان التبدل كبيراً وترفع العصب الكعبري او العصب المتوسط او الشريان العضدي ضاغطة اياها . غير ان هذه العوارض نادرة ولا تتعدى ٢ ٪ لان العصبين تصونهما العضلة العضدية الامامية الكثيفة فضلاً عن انهما يستطيعان الافلات من الضغط والوخز والقطع

والكسور عطفاً اندر من الكسور السابقة وتتلو صدمة مقصودة اصابت وجه المرفق الخلفي، والساعد منعطف. فاذا نظر الى النقا من الامام بدا خط الكسر معترضاً كما في الكسور السابقة واما اذا نظر اليه جانبياً فيبدو الخط منحرفاً الى الاسفل والوراء .وتتبدل القطعة السفلى او قطعة المشاشة دائماً الى العالي غير انها تمر في هذه المرة الى امام القطعة العليا جارّة معها العصب الزندي الذي يمطه ويرفعه رأس القطعة العليا فالاختلاط الخطر في هذا الشكل من الكسور هو الشلل الزندي الذي يصادف في ما يقرب من ثلث الحوادث فعلى الجراح ان يفكر في هذا الشلل متى رأى كسراً من هذا النوع مفتشاً عن علاماته .

والخلاصة ان انقطاعات الاعصاب والاوعية ممكنة الحدوث في كل كسر فليفتش عنها وليخش شرها . غير ان هذه الانضغاطات تختلف بحسب شكل الكسر ففي الكسور بسطاً قد يصاب العصبان الاماميان الكعبري والمتوسط والشريان العضدي وفي الكسور عطفاً يتعرض العصب الزندي بشدة للانضغاط او الانقطاع لانه ثابت في الميزابة فوق البكرة المرفقية حيث هو عارٍ ومستند الى العظم

والنتائج التي يرجى الحصول عليها من معالجة هذه الفلوج تابعة قبل كل شيء للتبكير في تشخيصها . وليعلم ان الشلل لا يشخص في معظم الاوقات متى كان الكسر حديثاً والطرف متوذماً وعاجزاً الا اذا فتش باعتناء عن علاماته . فقد يهمل اولاً ولا يعرف الا بعد اندمال الكسر ونزع جهاز الجبس اذ يعجز الولد عن استخدام يده ، فيقال ان الشلل ثانوي وناجم عن انطمار العصب بالدشبذ مع ان هذا النوع من الشلل نادر والحقيقة هي ان الشلل كان بدئياً لانه اكثر حدوثاً من ذاك ، فلا عجب اذا ما استوقفتنا هنيهة علامات الشلل في هذه الكسور .

العلامات : ان المشهد السريري في الكسور فوق اللقمتين بالبسط ، واضح تمام الوضوح في الغالب ، بيد انه في الكسور عطفاً اقل وضوحاً . ومهما يكن نموذج الكسر فان الرسمين الشعاعيين الامامي والجانبي فقط يوضحان ايضاحاً دقيقاً اتجاه الخط وشأن القطعة السفلى وطرز تبدلها . وليس هذا كل ما يجب على الجراح اجراؤه واذا اكتفى به عرّض مريضه لأخطر العوارض بل عليه ان يتحقق خلو الكسر من الاختلاطات العصبية والوعائية ايضاً . ولا يستطاع هذا بدون المعاينة السريرية التي لا يسهل اجراؤها على عضوٍ مؤلم متورم عاجز .

وبعد ان يعرف شكل الكسر يسهل التفتيش عن العلامات الاخرى فقد رأينا انه يجب التفتيش في الكسور انعطافاً عن سلامة الزندي وان التفتيش في الكسور انبساطاً واجب عن آفات العصبين الكعبري والمتوسط والشريان العضدي .

وآفات العصب الزندي هي الآفات التي يهمل امرها في الغالب ويستلزم كشفها التفتيش عن جميع العلامات النامّة على آفة هذا العصب . وهذه العلامات ثلاثة انواع : حركية وحسية واغتذائية . وسنأتي باختصار على ذكرها .

فالعلامات الحركية هي اكثر العلامات وضوحاً فانبسط سلاميتي الخنصر والبنصر الاخيرتين متعذر (شلل العضلات الحراطينية) وابعاد الاصابع الاربع الاخيرة ولا سيا الخنصر والبنصر وتقريبها متعذر ايضاً (شلل العضلات بين العظام) ولا يشعر في المفاصل الاولى بين المشطين بتقلص مقربة الابهام ، ولا يستطيع الخنصر مضادة الابهام ، (فعضلات ضرة اليد « hypothénar » مشلولة) غير ان صعوبات المعاينة كبيرة كما رأينا . ولا تستطاع الاستفادة البتة من علامة الورقة والمطرقة التي لفت فرومن ولافي فانسي الانظار اليها .

واما العلامات الحسية فاسهل تحرياً على ان يكون الولد كبيراً ومطيعاً وان يجيب بالضبط عن الاسئلة التي تطرح عليه . فمتى اصيب الزندي بطل حس الألم والحرارة بطلاناً تاماً في الخنصر وبطلاناً ناقصاً في الوسطى (الوجه الخلفي فقط) وامتد بطلان الحس هذا على حافة اليد الانسية جميعها وناحية الضرة غير ان الشذوذ كثير الحدوث . ولينظر في جميع الحالات الى حافة اليد والخنصر الانسية .

وقد تستلفت اضطرابات الاغتذاء بشدتها الانظار : وذمة اليد وازرقاقها وبرودتها . غير انها في الغالب طفيفة وتقتصر على هبوط الحرارة الخفيف في الناحية التي يعصبها الزندي وعلى بعض جفاف في الجلد سببه نضوب العرق . ويسهل تحري هذه العلامات بوضع الاصابع على ناحية ضرة اليد ونقلها الى الأنحاء الاخري من اليد نفسها .

ويدرس العصبان الكعبري والمتوسط في الكسور انبساطاً .

وعلامات الشلل الكعبري اسهل ايضاحاً من علامات الشلل الزندي : فاليد هابطة والسلاميات الاولى للاصابع لا تنبسط والابهام لا يبتعد ، واضطرابات الحس موضعة في النصف الوحشي من ظهر اليد والاصابع ولا سيا في وجه الابهام الوحشي . وتظهر في الناحية التي يعصبها الكعبري اضطرابات اغتذائية ولا سيا جفاف الجلد .

واما علامات شلل المتوسط فقلّ ان تكون وحدها لان هذا العصب لا ينضغط وحده عادة بل تنضغط معه الحزمة الوعائية التي ترافقه . فاليد تتوذم وتبرد وتزرق وتمحى نبضات النبض والعلامات الوعائية تبرز في المشهد السريري وتتفوق ، ويختلف المشهد كل الاختلاف عما لو كان العصب وحده مضغوطاً .

المعالجة : تختلف المعالجة بحسب نوع الكسر :

في الكسور غير المتبدلة او الخفيفة التبدل والسهلة الرد .

في الكسور الكبيرة التبدل .

في الكسور الكبيرة التبدل والمعرقلة بآفات عصبية او وعائية .

فالمعالجة في الكسور الاولى بسيطة :

ميزابة جبسية مفتوحة في الامام تصل حتى الابط في العالي وتضمّ الساعدفي الاسفل مثبتة اياه في حالة الاستلقاء بمساعدة رباط صغير مارّ بين الابهام والسبابة ويثابر على تثبيت المرفق اربعين يوماً في هذا الجهاز ولو كان المكسور ولداً . وبعد نزعه تصنع حمامات حارة ويحرك الطرف تحريكاً لطيفاً ورشيداً في الايام الاولى فحركات اوسع بعدئذ . واما التمريخ الذي يسهل تكوّن الاورام العظمية والتحريك العنيف الذي يؤلم ويحدث التقفع العضلي فضررهما اكثر من نفعهما .

والمعالجة في الكسور الكبيرة التبدل اصعب . يجرب رد الكسر اولاً باليد والولد مخدر تخديراً عاماً . وطريقةالرد درسية يضجع الولد على ظهره ويرفع مرفقه عموداً ويجرّ معاون الساعد جراً شديداً ويقوم الجراح بمضادة التمديد بوضع راحة يده على وجهالساعد الامامي ويرد الكسر بابهاميه دافعاً الناتىءالمرفقي الى الامام وقطعة النقا المشاشية معه ومزلقاً هذه القطعة تحت قطعةالنقا العليا ومصلحاً في الوقت نفسه التبدل المعترض .

والنجاح محقق في كثير من الحادثات حتى متى كان التبدل شديداً . وبعد رد الكسر يثبت الطرف في جهاز جبسي كما في الكسر السابق فيجعل الساعد مستلقياً . واذا كانت قطعة المشاشة متبدلة بشدة الى الوحشي وكان ردها ولاسيا ضبطها صعباً يفضل جعل الساعد في حالة الكب فان توتر العضلات يحول حينئذ دون تزلق القطعة .

واذا لم يستطع رد التبدل فما العمل ؟ لقد ذكر منذ مدة بعيدة ان النتيجة قد تكون حسنة ولو كان الرد ناقصاً . فان المسند الامامي المؤلف من النهاية السفلى للقطعة العليا الذي يحدد عطف الساعد يعلو كلما نما الولد حتى ان العطف يصبح تاماً . هذا اذا لم يكن التبدل الامامي الخلفي الذي لم يرد كبيراً ولم يكن التبدل الجانبي شديداً والا ظلت

حركات المرفق محدودة . وفي حالة كهذه يجب ان يجرب الرد بالوسائط الاخرى واكثرها شيوعاً الرد الجراحي والجر بسلك كيرشنر

اما الرد الجراحي فلا يخلو من المحاذير : فليعلم ان الرد صعب جداً اياً كان الطريق المتبع (الوحشي او الخلفي الوحشي او عبر الناتيء المرفقي) الذي يستلزمه شكل التبدل وان الرد اذا تم فضبط الكسر لا يخلو من الصعوبة . فان المسمار او المخلب لا يضبط قطعتي الكسر جيداً واما الصفيحة فصعبة الوضع اضف الى ذلك ان الاجسام المعدنية عدا المحاذير التي قد تحدثها في بؤرة الكسر قد تؤذي غضروف الاتصال فتنجم عنه بعدئذ تشوهات ذات شأن في المرفق . فالابتعاد عن الرد الجراحي مفضل كلما كان الامر ممكناً .

ويفضي الجر بسلك كيرشنر في الغالب الى الرد الحسن ولكن حذار من قطع العصب الزندي او وخزه في مرفق متوذم منتبج . يدخل سلك في الناتيء المرفقي ويوتر في الركاب ويعلق الثقل به او يجرب الرد مباشرة .

اما الرد مباشرة فيجرى باليد التي تستفيد من الركاب الموتر للسلك . غير ان الجر البطيء في عدة ايام اكثر استعمالاً : فبعد ان ينقل المريض الى فراشه ويوضع اطار التعليق حول سريره يعلق الثقل بالركاب كما يعلق في كسور الفخذ والساق ويزاد هذا الثقل تدريجاً من ٢ — ٤ — ٦ كيلو غرامات او اكثر اذا اقتضى الامر حتى رد الكسر التام . وبعد ان يرد الكسر يوضع جهاز جبسي كما في السابق بدون نزع السلك المعدني او تبديل وضع العضد والساعد . ولا يلجأ الى الرد الجراحي الا متى خابت هذه الوسائط او لم يستطع اجراؤها لسبب ما .

واذا اشترك الكسر بانضغاط وعائي او عصبي او بالانضغاطين معاً يجب مهما كلف الامر ازالة هذا الضغط وتختلف الخطة المتبعة بحسب نموذج الضغط

فاذا كان شلل زندي فقط هذا الشلل الذي يصادف كما ذكرنا في الكسور انعطافاً يجرب الرد بالوسائط الخارجية وحدها او بسلك كيرشنر عبر الناتيء المرفقي فاذا رد الكسر رداً حسناً ينتظر بعض الوقت املاً بان الرد يزيل الضغط عن العصب وان وظائف العصب تعود . فاذا كان هذا تحسن الشلل بسرعة لان الضغط كان قصير المدة ولكن اذا

مرت عشرة ايام الى خمسة عشر يوماً ولم يبدُ التحسن خيف من انقطاع العصب او دخوله خلال قطعتي الكسر او انغراس شظية فيه ووجب التوسط بسرعة . وتحرير العصب حسن النتيجة في كل حال والشفاءُ تام بعده غير انه قد يكون بطيئاً فلا يقع الا بعد ٦ — ٨ اشهر .

واذا كان العصب الكعبري وحده مشلولاً لا تختلف الخطة غير ان الشق وحده يختلف

واذا شلَّ العصب المتوسط كان الشريان العضدي منضغطاً في الوقت نفسه وامحى النبض ورد الطرف وازرق ، وتوذم الساعد واليد وعجز الطرف عجزاً تاماً وبدت مجموعة من العلامات المزعجة المهددة بتناذر فولكمن المقبل فدعت الجراح الى التوسط بلا اقل تأخير .

وقد تزول هذه الاعراض المزعجة جميعها برد قطعتي الكسر بعد ادخال سلك كيرشنر غير ان الحالة تقضي بسرعة التوسط . فبعد ان يصنع شق امامي موصل الى بؤرة الكسر يرد التبدل ويحرر العصب والاوعية المضغوطة فتزول العوارض المزعجة ويتقي المريض تناذر فولكمن الذي كان يهدده .

٢ — كسور اللقمة الوحشية

ان كسور اللقمة الوحشية اقل من الكسور فوق اللقمتين غير انها كثيرة الحدوث في الاولاد ما دون الخامسة عشرة .

الآلية والتشريح المرضي : يقع الولد على يده وعضده ممدودة وقليلة الانعطاف فيزداد فحج المرفق الطبيعي وتقتبل اللقمة الوحشية الصدمة سواء اجاء رأس الكعبرة فصدمها او ان القنزعة السينية دخلت البكرة كالسفين وقلعتها .

وبعد ان تنقلع اللقمة الوحشية قد لا تتبدل تبدلاً كبيراً غير ان العضلات القوية التي ترتكز بوتر مشترك على ما فوق اللقمة تقلبها فتدور حول محور معترض وتصبح النهاية العليا للقطعة سفلى او انها تدور حول محور عمود فينظر الوجه الانسي المنكسر الى الوحشي او تدور حول محور منحرف، وهذا اكثر حدوثاً، فينظر سطح الكسر الى العالي والوحشي . وهذه التبدلات بدوران اللقمة قد تبلغ ١٨٠ درجة حتى انها قد تتعداها . وتثبتها في المكان الذي بلغته عضلات قوية فاذا اريد ردها كان علينا ان نعيد القطعة المنكسرة في طريق

معاكس للطريق الذي سلكته . والرد بالوسائط الخارجية متعذر والتوسط وحده يبلغنا هذه الامنية . وهذه التبدلات بدوران اللقمة على نفسها هي العلامة البيانية لهذه الكسور وهي في الوقت نفسه ذات الشأن فيها . ولا تحدث هذه الكسور عادة اختلاطات عصبية غير انها تحدث آجلاً شللاً زندياً وهذا هو العلامة البيانية الثانية التي تمتاز بها هذه الكسور . وقد بين بروكا وموشه آلية هذا الشلل .

ان الآفات التي تصيب القسم الوحشي من غضروف الاتصال تمنع نموّ اللقمة الوحشية بيد ان باقي النقا ينمو نمواً طبيعياً فينجم عن هذا زند الفحج له شأنه في نهاية النمو حتى ان العصب الزندي يتمطط في الميزابة المرفقية الانسية ويشلّ . والشيء الغريب ان هذا الشلل لا يظهر دائماً في نهاية النمو بل بعده بعدة سنوات في عقب رضوض طفيفة او حركات عطف وبسط خفيفة تستلزمها بعض المهن . ويكفي لزوال هذه العوارض ان يقصّر طول المجرى الذي يمر فيه العصب بامراره امام السطح العظمي او باصلاح الزند الافحج باعنات العظم (ostéotomie) .

وعلامات كسور اللقمة الوحشية اقل وضوحاً من علامات الكسور فوق اللقمتين . فالعجز نسبي واذا استعمل اللطف استطيع الحصول على بسط العضد وعطفه التامين . والتوذم شديد غير انه محدود في الوجه الوحشي من المرفق. والكدمة مبكرة عادة ومتسعة غير انها تستقر في المكان نفسه . ويوقظ الجس الألم في ناحية اللقمة الوحشية . وليس نادراً ان تجس الاصابع تلك القطعة العظمية المنفصلة المتحركة وتشعر بالفرقة العظمية .

والتشخيص سهل مع ذلك قبل الرسم الشعاعي الذي يستطاع به وحده تعيين مقر خط الكسر وحجم القطعة ودرجة تبدلها واتجاهها . وليعلم مع ذلك ان حجم القطعة ، اذا كان المصاب ولداً وهذا هو الامر العادي ، يظهر اصغر من حجمها الحقيقي لان اللقمة الوحشية لا تكون مؤلفة في هذه السن الا من نواة عظمية صغيرة منطمرة في كتلة كبيرة غضروفية فلا يبدو في الرسم الشعاعي غير هذه النواة الصغيرة فيعجب الجراح حتى متى اعتاد مثل هذه الجراحة من حجم هذه القطعة العظمية الغضروفية الكبير التي كان يظنها اصغر مما يرى .

ويختلف المعالجة بحسب موضع القطعة فاذا كانت قليلة التبدل ثبت الطرف ثلاثة اسابيع

الى شهر في جهاز جبسي صغير . واذا كانت قد انقلبت على نفسها وجب ردها ولايستطاع ذلك الا بالتوسط الجراحي فيشق عليها مباشرة وليكن الشق طويلًا ليستطاع ردها بسهولة . وحذار من فك العضلات المرتكزة عليها او من ردها وهي منقلبة او قلبها في اتجاه ماكس . ومتى اصلح تبدل القطعة سهل ردها في الغالب وانطبق سطحها اتم الانطباق على السطح المنسلخة عنه، ووضع بضع غرز على الاقسام الرخوة كاف لضبطها . واما اذا لوحظ ان القطعة تتزلق على الرغم من هذا التثبيت فتسمر او تخرز . وللمخرز هذه الحسنة هي ان نزعه مستطاع بعد بضعة ايام . فبعد هذا الرد وخياطة الجرح يوضع جهاز جبسي والولد مخدر ويخرج المخرز من خلاله ثم ينزع هذا المخرز بعد ٥ — ٦ ايام بدون اقل تخدير لان نزعه غير مؤلم ويملأ الفراغ الذي نجم عن نزعه برفادة مجبسة ويلف برباط جبسي ويترك المرفق مثبتاً ٤٠ يوماً . وليعلم ان المخرز كالمسمار يخترق غضروف الاتصال فاذا ما ترك طويلًا تعرض هذا الغضروف الخصب للاذية فيعجز عن القيام بوظيفته المقبلة فكان الزند الافحج الذي تكلمنا عنه .

٣ — كسور فوق البكرة

هي كسور نادرة في الكهل واشتراكها بخلع المرفق كثير الحدوث في الاولاد. ودرسها مفيد جداً للاختلاطين الممكني الوقوع فيها : دخول فوق البكرة في الفاصل المفصلي وشلل العصب الزندي .

الآلية والتشريح المرضي : اذا سقط الشخص على يده وبعد ساعده في اثناء السقوط وكانت ذراعه ممدودة يتمطط الرباط الجانبي الانسي وقد ينقطع غير انه يقلع في الغالب فوق البكرة . وليست قطعة العظم المقتلعة كبيرة ابداً ، وبعد ان ينقلع العظم تجذبه العضلات فوق البكرة الى الانسي والاسفل غير انه لا يبتعد كثيراً ولا ينقلب كالقمة الوحشية . وعلى الرغم من خفة التبدل فان العصب الزندي قد يشل لانه منطبق تمام الانطباق على وجه فوق البكرة الخلفي ولان شوكة عظمية قد ترفعه وتثقبه وهذه العارضة نادرة .

واحتمال ثالث ممكن الحدوث فبعد ان تنقلع قطعة فوق البكرة ينفرج المفصل بشدة كالسابق ثم يمرّ الناتىء المنقاري تحت البكرة ويخلع الزند الى الوراء والوحشي وتأتي فوق البكرة المنكسرة تحت شفة البكرة السفلى فاذا ما ردّ الخلع بدون ان تدفع القطعة

العظمية الى وراء المفصل اقرصت هذه القطعة في المفصل ، وكان مقرها ومقر العصب الزندي كما في الحالة السابقة ٠

فاندماج فوق اللقمة يحدث في حالتين : بعد انفراج المفصل الموقت او في عقب رد الخلع الخلفي الوحشي السيء ٠ وفي كلتا الحالتين ينقرص العصب الزندي في المنصل ويجوز ان يتوتر ايضاً على قطعة فوق البكرة المنكسرة او يثقب بشوكة صغيرة منفصلة من حافتها ٠

فاندماج فوق البكرة في المفصل وشلل العصب الزندي هما الاختلاطان اللذان يجتمعان في الغالب ويجعلان كسور فوق اللقمة خطرة

الاعراض : متى انقلعت فوق البكرة انقلاعاً بسيطاً ولم تندمج في المفصل ولم يصب العصب الزندي تقتصر العلامات على ورم دموي جسيم موضع وعلى تحرك القطعة العظمية المقتلعة وألم حين اجراء هذا التحريك ٠ وتكون حركتا العطف والبسط الفاعلتان محدودتين لان الولد يتألم ولكن اذا روعي اللطف في اجراء الحركات المنفعلة بدت متسعة وقريبة من الحركات الطبيعية ٠

وبيدو في الرسم الشعاعي ان فوق البكرة منقلعة انقلاعاً واضحاً ٠ وعلى الجراح ان يتحقق حتى في هذه الحالة ان هذا الكسر غير معرقل بفلج زندي ٠

ومتى اندمجت فوق البكرة في المفصل اختلف المشهد السريري فالألم أحد وحركات العطف والبسط المنفعلة اكثر تحدداً غير ان كل هذا علامات احتمال ولا تستطاع بدون الرسم الشعاعي معرفة الاندماج ٠ واما به فيبدو الفاصل المفصلي منفتحاً وتظهر بين بكرة العضد والزند القطعة المنفصلة الذي يظهر حجمها اصغر مما هي عليه في الواقع لان بعضها غضروفي ٠

واذا خلع المرفق استلفت الخلع الانظار فردّ او ظن انه ردّ غير ان حركات المفصل تظل محدودة في الايام المقبلة فيرسم المرفق بالاشعة ويظهر كسر فوق البكرة واندماجها في المفصل ٠

وتشخيص كسر فوق البكرة سهل واما تشخيص الاندماج فاصعب ولا يتحقق بدون سم الشعاعي ٠ وليتمثل الجراح امام عينيه مع ذلك منظر نوى المشاش العظمية في الولد

لئلا يظن نواة البكرة الطبيعية التي يحيط بها غضروف نير فوق البكرة المنقلعة والمندمجة ويستحسن دفعاً لكل التباس رسم المرفق الثاني ومقابلة الرسمين .

واما تشخيص الشلل الزندي فقلّ ان يشخص لان الطبيب لا يفكر فيه ليتحرى اعراضه . فضلًا عن ان كشف هذه الاعراض صعب في الولد ولكنه ليس مستحيلًا اذا اتبعت الطريقة التي اشرنا اليها آنفاً .

المعالجة : يكتفى بلف المرفق بالقطن في كسور فوق اللقمة غير المعرقلة ويسمح للولد بعد بضعة ايام باستعمال مفصله . واذا كان الورم الدموي كبيراً واذا تألم الولد كثيراً يثبت المرفق في ميزابة جبس صغيرة خمسة عشر يوماً الى ثلاثة اسابيع .

ومتى كانت قطعة العظم مندمجة في المفصل ولا سيما متى شلّ العصب الزندي اختلفت المعالجة . والتوسط الجراحي خير ما يصنع في جميع الحالات . يشق خلف ما فوق البكرة قليلًا شقاً محاذياً لمجرى العصب الزندي ويكشف القسم الانسي من الفاصل المفصلي فيبدو وتر العضلات فوق البكرة غائراً في المفصل وجاراً معه العصب الزندي او غير جارّ اياه فاذا بعد السطحان المفصليان بدت ما فوق البكرة التي ارتكز الوتر عليها فاذا ما جرّ الوتر بلطف بعد اخذه بمنقاش خرجت هذه القطعة العظمية والوتر والعصب الزندي اذا كان مرافقاً لها . وتستعيد فوق البكرة عادة مقرها وتكفي بعض الغرز على الاقسام الرخوة لتثبيتها في مكانها .

ويستحسن ، اذا كان شلل زندي ، كشف هذا العصب في الميزابة المرفقية لانه قد لا يكون مندمجاً فقط في المفصل بل موخوزاً بشوكة القطعة العظمية المنقلعة . ولا تستغرق العملية الا بضع دقائق ونتائجها حسنة .

ويزعم البعض ان استخراج قطعة العظم المنقلعة والمندمجة في المفصل مستطاع بالوسائط الخارجية . فاذا لم يكن شلل زندي وبعد المفصل استطيع رفع هذه القطعة بعظم الزند وتجربة هذه الوسيلة جائزة والنجاح فيها قليل . غير ان هذه الحركة حسنة حين رد خلع المرفق متى لم تكن قطعة فوق البكرة مندمجة في المفصل ولكنها على اهبة الاندماج فيه لانها تمنع الاندماج .

وبعد ان تردّ القطعة الى مكانها وتضبط ببضع غرز يثبت المفصل اذا لم يكن شلل

زندي بجبيرة جبسية والساعد مكبوب كباً خفيفاً لارخاء العضلات فوق البكرة ٤٠—٤٥ يوماً

واذا كان العصب منضغطاً في المفصل وبدا الشلل الزندي اختلف شفاء هذا الشلل باختلاف الآفة التي اصابت العصب في الحالات الشديدة يستغرق الشفاء ٤ — ٦ اشهر غير انه يكون تاماً في الغالب لان العصب لم يقطع بل ضغط فقط .

فالانذار حسن في النهاية .

والخلاصة ان ما نستنتجه من كسور نهاية النقا السفلى هو :

١ً — ان معالجة الكسور المعترضة فوق اللقمتين الكبيرة التبدل قد تطورت في سياق هذه السنوات الاخيرة باستعمال سلك كيرشنر عبر الناتىء المرفقي تطوراً كبيراً . وسواء اردّ الكسر بعد ادخال هذا السلك رداً مباشراً او رداً بطيئاً بالتمديد فان هذه الطريقة كافية للامتناع عن الرد الجراحي الذي تكثر محاذيره .

وليست الآفات العصبية نادرة في هذه الكسور المعترضة فوق اللقمتين . ففلوج الزندي تصادف بعد الكسور انعطافاً وفلوج الكعبري والمتوسط في الكسور انبساطاً . وقد يشترك مع فلوج المتوسط انضغاط الاعصاب فيكون الانضغاط العصبي الوعائي المشترك سبباً في ظهور تناذر فولكمان .

والتوسط الجراحي واجب في كل حال باشدّ ما يمكن من السرعة في كل انضغاط عصبي وعائي اجتناباً لهذا التناذر .

٢ً — تعالج كسور اللقمة الوحشية الكبيرة التبدل التي تنقلب فيها اللقمة في الوقت نفسه، معالجة جراحية بدون ضياع الفرصة المناسبة . واذا بدا للجراح ان ضبطها واجب فالمخرز الذي يدخلها وتخرج قبضته من خلال الجهاز الجبسي كاف لذلك وينزع هذا المخرز بعد بضعة ايام .

٣ً — وتعرقل كسور فوق البكرة بدخول القطعة المنكسرة في المفصل وجرها العصب الزندي معها وفلجه ، كثير الحدوث ، والتوسط الجراحي السهل ضروري لاخراج هذه القطعة وتحرير العصب وجعل الانذار حسناً مع ان مظهر الكسر خطر .

م . خ .

❀❀❀

تقطير الدم

ان تقطير الدم عملية ينقل بها الى المريض مقدار كبير من الدم قد يبلغ ستة التار قطرةقطرة وببطء زائد اي بما لا يتعدى١٠٠ سم٣ في الساعة . ويستطاع بهذه الطريقة اعادة خضاب الدم في بضع ساعات الى معدله الطبيعي في مريض افتقر دمه فقراً شديداً لنزف او لداء اعتراه .

وقد استنبط ماريوت وكيكويك هذه الطريقة في السنة ١٩٣٥ فشاعت بسرعة غريبة ، ومنهم من استعمل الدم الهاباريني في هذه الطريقة ومنهم الدمَ المضافة اليه ليمونات الصوده .

الاستطبابات والمقادير : يعتقد مستنبطا الطريقة وغيرهما ان ٥٠٠ سم٣ من الدم غير كافية في حالات فقر الدم العادية ويريان ان هذا المقدار (اي ٥٠٠ سم٣) لا ترفع معدل خضاب الدم الا من ٩ — ١٠ ٪ مع ان الواجب يقضي باعطاء كمية ترفع هذا الخضاب الى مائة في المائة والحساب سهل فان الدم يعادل ١/١١ من ثقل الجسد فاذا كان وزن الشخص ٦٦ كيلو غراماً كان دمه ستة التار فاذا كان خضاب دمه قد هبط الى ٢٥ ٪ كانت الكمية التي يحتاج اليها من الدم ٤ — ٥ التار وكان صنعها واجباً في خلال ٤٥ ساعة . ويعتدّ بعض من المؤلفين عدا خضاب الدم بنقص هيولينات الدم ويسترشد غيرهم بعدّ الكريات الحمر ،

ويعتقد ماريوت وكيكويك ان تقطير الدم مستعمل فقط في معالجة فقر الدم سواء انجم هذا الفقر عن نزف او انسمام في سياق مرض عفني ، ولا يجيزان استعماله البتة في حالات اخرى حيث خضاب الدم طبيعي لا بل يعتقدان ان تقطير الدم في حالات كهذه قد يكون خطراً .

بيد ان ترنك ودريفوس يخالفان هذا المبدأ ويجيزان استعمال التقطير في مرضى مزداد عدد كرياتهم الحمر (حادثة محروقة قطّرا لها ثلاثة التار من الدم) اي في جميع الحالات

التي يتقلقل فيها توازن الدم وحيث يخشى من ان التفاعلات التالية لنقل الدم تضيع على المرضى الفائدة التي قد يجنونها منه .

ولا يخفى ان طريقة مريوت وكيكويك اضمن الطرائق في من تظهر التفاعلات فيهم بعد نقل الدم وان هذه التفاعلات قد تقع حتى متى كان دم المعطي من الزمرة الرابعة(٠) او من زمرة الآخذ نفسها .

وقد اورد مريوت وكيكويك عدة مشاهدات عولج مرضاها بطريقتهما ولعلّ اكثرها فائدة المشاهدة التالية :

مريضة مصابة بفقر دم حال للدم خضاب دمها ٢٠ ٪ واستئصال طحالها مستحيل عولجت بتقطير الدم فنقل اليها في خلال ٢٧ ساعة ٥٦٢٠ سم٣ من الدم و ١٠٠٠ سم٣ من محلول الليمونات فعاد خضاب دمها الى ٨٨ ٪ فاستطيع اجراء العملية لها وتمّ شفاؤها بسرعة .

ويلفت (ود) الانظار الى قيمة تقطير الدم في المضعفين فان كثيرين من المرضى تصبح عملياتهم ممكنة الاجراء في خلال يومين وثلاثة ايام مع انهم بدون التقطير لا يحصلون على هذه النتيجة في شهر اذا اكتفوا بنقل الدم المكرر بحسب الطريقة المألوفة .

ويشير وينترترن بتقطير اكثر من ١٠٠ سم٣ في الساعة للاشخاص الذين يستمر نزفهم لاعاضة ما يفقدونه كما انه يكتفي بستين الى ثمانين سم٣ في الساعة في من لا تستلزم حالتهم السرعة ، بيد ان معظم المؤلفين لا يرون هذا الرأي بل يصرون على استعمال ١٠٠ سم٣ في الساعة بدون تمييز في الحالات .

وقد يتساءل المرء كيف ان المريض يستطيع تحمل هذه المقادير الوافرة من الدم قطرة قطرة بدون اقل تفاعل مع انه لا يقوى على احتمال ٥٠ سم٣ من الدم اذا نقلت اليه دفعة واحدة . فالجواب ان البطء في نقل الدم بطريقة التقطير يمكن البدن من تنظيم اتزانه وبعد ان نقل بويكوت واوكلاي للارانب كميات كبيرة من الدم رأيا ان حجم المصورة قد عاد الى معدله الطبيعي في خلال ٢٤ — ٤٨ ساعة وان حجم الدم لم يزدد الا بقدر حجم الكريات المنقولة ، وهذا هو ما يحتاج اليه في فاقات الدم كما يلاحظ ماريوت .

طرز العمل : لا يختلف اخذ الدم وحفظه عنه في طريقة نقل الدم . فان الدم يمزج

شيئاً فشيئاً وهو ينصب بالمادة المضادة للتخثر التي تنصب قطرة قطرة دون ما حاجة الى تحريك الدم . ثم يوضع هذا المزيج (الدم والمادة المضادة للتخثر) في الثلاجة ٤ — ٦ ايام حتى ساعة استعماله .

تقطير الدم : تحرك الحبابة قليلا قبل الاستعمال ليعود المزيج متجانساً ويسخن بغمسه في الماء الحار او بامرار انبوب المطاط في ماء حار درجته ٣٩ — ٤٠ و تصفية الدم واجبة من خلال نسيج من الحرير او غزي او نسيج معدني ، وتقطير الدم اصعب من نقله فليست المضلة في تسخين الدم وتصفيته فقط بل في ابطاء النقل ايضاً ومنع الكريات عن الرسوب في القعر .

اما التسخين فيتم على نحو ما ذكرنا ويستطاع ايضاً احاطة الحبابة بقطعة مبللة بالماء الحار او بمدفاة كهربية. وكثيرون هم الذين لا يدفئون الدم بل يقطرونه بحرارة الغرفة .

غير ان التصفية واجبة للعلقات التي قد تتكون بين اخذ الدم وساعة استعماله . وتتم التصفية في جهاز ماريوت وكيكويك من خلال شبكة معدنية موضوعة في قعر الحبابة ويصفي غيرهم الدم من خلال كيس من النسيج المعدني الموضوع في الحبابة او من خلال الغزي .

وتحريك الدم يتم بارسال فقاعات من الاكسيجين الى قعر الحبابة وفائدتها انها تحمض الدم قبل نقله وطريقة ذلك ان يوصل بخزان من الاكسيجين انبوب من المطاط ويغمس في قعر الحبابة .

واما الابطاء في النقل فيتم بمنقاش موهر او بصنبور او بخلاف ذلك من الاجهزة كما في طريقة موردفي .

المادة المضادة للتخثر : ان استعمال جميع المخثرات جائز غير ان اكثرها استعمالاً ليمونات الصوده والهابارين .

ليمونات الصوده : ان هذه المادة خالية من الضرر اذا استعملت منها مقادير عادية واستعمالها في الدم المحفوظ خال من المحاذير . غير ان الامر في التقطير يختلف عنه في نقل الدم فاذا كانت الكمية المستعملة في نقل ٥٠٠ سم٣ من الدم خمسة غرامات من ليمونات الصوده وهذه الكمية هي دون المقدار السام البالغ ١٥ — ٢٠ غراماً فان الكمية

المستعملة في تقطير ٥ — ٦ الترات من الدم تتعدى الحدّ السام من الليمونات ، فان ماريوت في احدى مشاهداته قطر ٦٢٠ ٥ سم٣ من الدم فيها ٢٥ غراماً من الليمونات . لا ينكر ان تقطير الدم يتم في خلال ساعات عديدة وان البدن يستطيع في اثنائها افراز جزء كبير من الليمونات والتغلب على هذا السم ، غير ان البدن الذي يقطر الدم له قد يكون مسمماً بالمرض الذي استلزم هذه المعالجة وقد تكون الاعضاء المفرغة فيه مقصرة فعلى الطبيب ان ينظر الى هذه الامور جميعها . ويعتقد البعض ان محلول ٣ ./. من الليمونات كافٍ وان مزج عشرة غرامات من هذا المحلول بمائة سم٣ من الدم تمنع تخثره . ومهما يكن فان ليمنة (citratation) الدم بنسبة ٣ ./. كما يستعملها بعض المؤلفين عالية لانها تستلزم ٣٠ غراماً من الليمونات لكل ليتر من الدم .

الهابارين (héparine) : انه لا يزال قليل الاستعمال والهابارين كما لا يخفى خلاصة بعض الاعضاء (الكبد ، الرئة والخ) ومانع للتخثر باتحاده بطليعة الخثرين (prothrombine) وليس الهابارين مضراً حتى اذا استعملت منه مقادير كبيرة . وجل ما يحدثه انه يطيل مدة التخثر. فاذا وجب اتقاء هذا المحذور يحقن المريض بالبروتامين (protamine) الذي يبطل فعل الهابارين في الحال .

ويظهر ان الهابارين هو خير المواد المضادة للتخثر المستعملة في تقطير الدم . فاذا كانت الليمونات افضل في وقاية الكريات الحمر متى اريد حفظ دم مدة طويلة قبل نقله فان الهابارين افضل بدوره في حفظ الدم مدة قصيرة كما في تقطير الدم لانه اقل سمية ولانه خير من الليمونات في حفظ الكريات البيض ،

وقد ثبت ان الهابارين اذا حقن بالوريد زاد عدد الكريات البيض الكثيرات النوى بيد ان الليمونات لا تحدث هذه الزيادة مع ان ازدياد الكريات البيض مفيد للدفاع في بدن مضعف فضلًا عن ان الليمونات تخرب الداحرة (alexine) بسرعة بيد ان الهابارين يحافظ عليها . ويستنتج مما تقدم ان الهابارين خير من الليمونات في تقطير الدم . ويستعمل الهابارين كليمونات الصوده محلولاً غريزياً يمزج بالدم شيئاً فشيئاً فور انصبابه . ولا تتعدى المقادير المستعملة منه بضعة مليغرامات .

النتائج : ان تقطير الدم طريقة يستطاع بها نقل كميات كبيرة من الدم لبطء الحقن فيها

ان استطباب التقطير هو اعادة خضاب الدم في المريض الى معدل يقرب من الحالة الطبيعية مهما كان فقر دمه البدئي شديداً ولا سيما متى حال فقر الدم هـذا دون اجراء العملية التي تستلزمها حالة المريض لانه يصبح ممكناً بعده .

ان النتائج كانت باهرة كما يستدل من احصاءات من استعملوا هذه الطريقة .

م . خ .

❁❁❁

التقليد

للعليم عارف صدقي الطرقجي

تقليد الأصحاء للمرضى، واصطناعهم لمختلف الآفات لاستدرار ربح او لابتعاد عن مكروه او لاضرار بخصم متهم او لغير ذلك من الغايات، امر معروف ومنتشر. واطباء الشرع واطباء المدارس والاطباء العسكريون ومن اليهم يعرفون الشيء الكثير عن تجسيم مفحوصيهم احياناً لبعض العوارض التي تظهر فيهم، وتصنعهم وتكلفهم احياناً اخرى اعراضاً وحالات مرضية غير موجودة فيهم.

يكثر التقليد في حالتين مختلفتين: في حالة الحرب ويشاهدها الاطباء العسكريون، ويقصد المقلد فيها التخلص من الجندية او الابتعاد عن الجبهة حيث الخطر. وفي حالة السلم ويشاهدها اطباء الشرع او غيرهم ممن يوكل اليهم امر فحص شخص للحكم له او عليه في طلب او في خصومة او في تعيين تبعة. وقد خص الاستاذ مرشد بك خاطر التقليد في حالة الحرب وبين الجنود بكلمة في عدد فائت من هذه المجلة، ونذكر في هذه الكلمة التقليد كما يعرض لاطباء الشرع ان يشاهدوه في اثناء قيامهم بعملهم.

واول ما ننبه اليه هو صعوبة الحكم في مثل هذه الحالات التقليدية، فان اكتشاف البترول في خراج والحامض البكري في من يدعي اليرقان وما اشبه ذلك امر شاذ ونادر والصعوبة تنشأ احياناً كثيرة عن ادعاء المفحوص لاعراض شخصية لم تقم ادلة سريرية على ثبوتها. ومعلوم ان كثيراً من الامراض تبتدىء بالألم، ولا يتسنى للطبيب الشرعي الانتظار كما يتسنى للطبيب المداوي، فان مضى في تصديق مفحوصه خشي الخداع والتقليد وان أنكر عليه مدعاه اوشك ان يظلمه. فالتأني، والوقوف التام على تشخيص الامراض الفارق، وملاحظة الاشكال المتنوعة للامراض المختلفة، وكيفية ابتدائها وسيرها، ثم سبر حالة المريض النفسية، كل هذا من الزم ما يلزم للطبيب الشرعي. ومن لم يتحلَّ بهذه الصفات فهو غير أهل للثقة التي يضعها فيه القضاء.

اذا ذهبنا نستقصي الحالات التي يثبت فيها التقليد، نجد ان المقلد لا يخلو ان يكون

احد ثلاثة : فاما ان يكون قد اخترع مرضه اختراعاً بدون ان يكون فيه اثر منه فهو يتصنع ويتكلف كل ما يحكيه من ألم وما يدعيه من عرض ، واما ان يكون مصاباً حقاً ولكن لغاية في نفسه اخذ يبالغ في اصابته ويلبسها غير ثوبها الحقيقي ، واما ان يكون قد اصيب وشفي فشكواه كانت في وقت صحيحة ولكنه اضحى مقلداً حينما استمر على الشكوى وقد زال ما ألمّ به .

ويجب ان نتبين ما اذا كان التقليد طبيعياً اراديا ام مرضياً حمل عليه المصاب حملاً وليس له فيه ارادة ولا على دفعه سلطان، وهل نساوي بين هذا البائس المصاب بالهرع (الهستريا) وبين ذلك الماكر الذي يريد تضليل الاطباء والقضاء ؟ واذن لا بد من مطالعة التقليد من وجهتيه الطبيعية الارادية والمرضية النفسية .

١ — التقليد الطبيعي

ويكثر هذا التقليد ، كما بين ذلك الاستاذ مرشد بك خاطر ، في زمن الحرب للابتعاد عن اماكن الخطر ، كذلك نراه بين العمال في البلاد التي قامت فيها تشاريع نقابية منظمة فالعامل الذي يأمل من وراء مرضه الحصول على اجازة بدون حسم شيء من راتبه، لا يتورع عن طرق هذا الباب . ولا يرى الاطباء السوريون التقليد في هاتين الطبقتين من الناس لعدم وجود الجندية ولخلو البلاد من تشريع للعمال يحفظ حقوقهم حين الطوارىء .

غير ان اطباء الشرع واطباء المدارس والدرك والسجون ومن اليهم لا يعدمون واحداً يريد الانتقام من خصمه فيعظم مصابه ويزيد فيه ، وآخر يطمع في تمديد اجازته فيرتدي مختلف الأمراض ، وثالثاً يريد الانفلات مما هو فيه من تمرين شاق فيشكو ويتوجع ، واخرى ترغب في الاصطياف فهي لا تهنأ بطعام ولا تستسلم لمنام لتحمل طبيبها على النصح لزوجها او ولي امرها بالاسراع في تبديل المناخ الذي تعيش فيه و . . الخ .

وظاهر ان هذا التقليد على درجات ، وفرق بين هذا الشرطي الذي غلبه كسله يوماً فادعى وجع الرأس ، وبين ذلك الذي لج في خصومة فذهب يبتر من جسمه او يزيد في اصابته ليدين خصمه . على ان التقليد الاول ، ونسميه التقليد الصغير ، اكثر انتشاراً واصعب كشفاً لاعتصام اصحابه بالاحساسات والاعراض الشخصية يدعونها ، مما يعسر معه على الطبيب الفاحص تبيان خداعهم وكذبهم . اما التقليد الكبير فعدا ما يتطلبه من

جرأة واقدام ، قل ان يتوفق فاعله لاحكام حلقاته ، وبالتالي يسهل كشفه ويقل اللاجئون اليه .

التشخيص : ومهما يكن من شيء فهناك علامات ظنية وعلامات حقيقية يهتدي بها الطبيب حينما يشتبه بالتصنع .

١ — فالعلامات الظنية لا تكفي مطلقاً لاثبات التقليد . وهي التي يعتمدها العوام من غير الاطباء للحكم على المفحوص بالتمارض . فعلى اطباء الشرع والخبراء ان يحذروا من عدّها ادلة كافية على التصنع والخداع .

(١) واول هذه العلامات الظنية وضعة المفحوص، وهي تختلف كثيراً باختلاف ثقافته وباختلاف شخصية الفاحص . فمن المقلدين من تراه هائجاً يشكو مختلف الآلام ويدعي مختلف الاعراض كأنه يريد ان يحمل فاحصه حملاً على اثبات اصابته . ومنهم، وهم احذق من السابقين ، من يلازم عرضاً يدعيه بهدؤ وسكون . ولكن الغالب في المقلدين هو المبالغة والاغراق في كل شيء . فاذا شكوا ألماً في الرأس او في الظهر او في الرجل ، فألمهم شديد لا يطاق يلزمهم الفراش او يقصف ظهورهم او يتعذر معه المشي فلا يستطيعونه الا عرجاً او بالعكاز .

(٢) ومن العلامات الظنية وجود سبب يحمل المفحوص على ادعاء المرض ، فاكثر ما نرى التقليد في مستخدم يريد الحصول على اجازة ، او في جندي لينجو من الخدمة العسكرية ، او في شخص يدعي الصمم للكمة اصابت اذنه ؛ وفي امرأة تدعي ان فلاناً قد اغتصبها مع انه لم يغتصبها البتة حتى انه لم يأت امرأة قبلها ولا يستطيع الجماع ابداً و . . الخ فهذه الاسباب والمناسبات المختلفة تنبه طبيب الشرع والخبراء على التقليد .

ولكن على اطباء الشرع وغيرهم من المكلفين بفحص امثال هؤلاء ألا يعتمدوا الا على فحصهم وألا يلجأوا الى الحكم على مفحوصهم بالتقليد والادعاء لاول ما يتبين لهم ان مصلحته تقضي اثبات مدعاه . والحق ان كثيراً من اطباء السجون والشرطة والمدارس يسرفون في هذا المعنى . وقد اتيح لنا اكثر من مرة فحص بعض افراد هذه المنظمات الرسمية وتبين لنا انهم مصابون بامراض مختلفة تستلزم اراحتهم او تخفيف عملهم اليومي ، في حين ان طبيب مصلحتهم كان ينكر عليهم مرضهم ويأبى اعطاءهم اجازة يستحقونها . وآخر

من رأينـا شخص أبى طبيب المصلحة المنتسب اليها اجازته بعد ان جرعه كمية كبيرة من المسكنات العصبية زاعماً انه مدع . وتحققنا ان الرجل صادق في شكواه وتألمه ،ورأينا ان اسرع ما نعمله للتعجيل في إراحته توجيهه للمستشفى للمعاينة ، ورأى الصديق الزميل الدكتور بشير بك العظمه ما يستلزم ادخاله المستشفى ، في حين ان طبيب المصلحة المنتسب اليها يأبى ان يرى في حالته الا ادعاءً وتقليداً . فالى امثال هذه الحالات تجب اليقظة والحذر ، واذا كانت الغايات والظروف المحيطة احياناً هي كل المرض الذي يشتكيه المفحوص ، فلا نعدم مصابين حقيقيين تجر لهم اصابتهم غنماً او تعفيهم من غرم .

(٣) ومن العلامات الظنية ظهور الاصابات بشكل وبائي ، سيما اذا كانت الاصابات جراحية او خارجية ، فان نجاح بعضهم في ادعائهم يدعو غيرهم الى تقليدهم . فالوذمات (بربط الاطراف برباط عريض) والخراجات(بحقن البترول)والبرقانات (بتجرع الحامض البكري) اذا ظهرت مثلًا في بيئة فهي بالتقليد والادعاء اشبه . وهنا ايضاً يجب الانتباه فان كثيراً من الامراض الداخلية سيما الانتانية تظهر بشكل وبائي . وعلى الطبيب ان يذكر اشكالها السريرية الخفيفة او غير الاعتيادية ليحترس من سوء الحكم .

(٤) ثم ان كيفية الشفاء قد تدل على التقليد ، فكثيراً ما يرى اطباء الدرك واطباء السجون آفات جلدية تزمن وتستعصي على كل دواء، حتى اذا ما احيطت بجبيرة تمنع التلاعب بها ، او روقب حاملها ، اسرع ندبها وشفاؤها .

(٥) ومما يدعو الطبيب للاشتباه بالتقليد عدم وجود علامات مطابقة . فهـذا الذي يشكو ألم رأسه اذا لم تـكشف الفحوص المخبرية والسريريـة وباقي طرق الاستقصاء وجود ورم دماغي فيه او استبوال الدم او التهاب الجيوب الوجهية المزمن ، او وجود افرنجي مجهول او غير ذلك من الحالات التي يصاحبها الصداع ، فلا مفر للطبيب من ان يظن بمفحوصه التقليـد . وظاهر انه لا مجـال للشك في صدق المفحوص حينما تصاحب الاعراض الشخصية التي يدعيها تغيرات سريرية او اختلالات وظيفيـة .

وهنـا ايضاً يجب الحذر ، وما يقول الطبيب بآلام المعدة التي ترافق بعض القرحات المتعذر كشفها حتى على الاشعة ، وبهذه النوب الخناقية التاجية المنشإ ، وبهذه الفلوج المتمركزة الناجمة عن تشنج وعائي دماغي و . . و . . فهنالك حالات كثيرة

يشتبه الحكم فيها على الطبيب ما لم يتذرع بالأناة ويعتصم بالصبر فلا يمل من تكرار فحص مريضه ومن السؤال عن سوابقه العيلية والشخصية وعن كيفية ابتداء ما يشكوه وتطوره . والمدعي الكاذب قلما يحسن التخلص من سيل هذه الاسئلة .

٢ — اما العلامات الحقيقية التي تثبت كذب المفحوص وادعاءه فهي اعتراف المفحوص نفسه ، او مشاهدته بالجرم الظاهري ، او وجود ادلة قطعية الثبوت .

(أ) فاذا استجوب المفحوص وضيق عليه في الاسئلة فارتبك في الاجوبة مما اضطره اخيراً للاعتراف بتقليده واصطناعه لمرضه ، فقد وضح الامر وثبت التقليد ثبوتاً لا شك معه .

(ب) وكذلك مباغتة المفحوص وهو يفرك مستودع مقياس الحرارة ليوهم ارتفاعاً في حرارته ، ومشاهدته يقفز ويهرول قبيل المعاينة ليزيد في عدد نبضه ، وما ماثل ذلك يثبت سوء نيته وتصنعه .

(ج) كذلك تلون الشفاه او الايدي او الثياب بالصفرة او كشف الحامض البكري في البول في من يدعي اليرقان ، وآحين البيض في بول المشبوه بالبيلة الآحينية ، وحباب عطر التربنتينا في مصاب بالجراجات لا يترك مجالاً للشك في تزويره وتقليده .

ولكن على طبيب الشرع ان لا يسرف في الاستدلال وان لا يعير ايضاً هذه الادلة الحقيقية اكثر من اهميتها . وليذكر ان وراء تخمينه وحكمه خبراء واطباء آخرين قد يرجع صاحب المصلحة اليهم ، فلا يسرع مثلاً بالحكم على مصاب باصابع يده بانه افتعل هذه الاصابة لا لشيء سوى تبينه ان الاصابة كانت من مسافة قصيرة .

وبالاجمال فان التقليد لا يمكن التكهن به بل لا بد من ادلة تتوفر لاثبات وجوده وافتعاله ، وهو احدى المعضلات في الطب الشرعي وفي طب الجماعات .

كيفية فحص من اشتبه بتقليده : على الطبيب الشرعي او غيره ممن يوكل اليه فحص امثال هؤلاء ان يذكروا انهم اطباء وليسوا مستنطقين ، فيقومون باستجواب مفحوصهم بروح انسانية علمية ، ولا يستعملون في تحقيقاتهم الا الطرق الطبية . وغير خاف ان كل مخالفة لهذا المبدإ لا تسيء الى المفحوص فقط ، وقد يكون مريضاً بائساً تؤذيه امثال هذه التضييقات ، بل انها تضر مجرى التحقيق القضائي حين الوصول اليه فيما اذا كان

المفحوص مدعياً . ولعل مما يفيد في فحص امثال هؤلاء عزلهم ، واعادة فحصهم، ومراقبتهم عن قرب ، وتسجيل كل ما ينطقون به ويثبتونه او ينفونه في كل مرة . . فاذا اثبت الطبيب وجود التقليد في مفحوصه بعد هذا جهر به .

جزاء المقلد ؟ اما في بلادنا السورية ولما يطبق قانون الطوارىء عند العمال ، وربما تصبح الخدمة العسكرية اجبارية فالتقليد وعقاب التقليد يضيعان ميداني تطبيقهما الكبيرين اما في اكثر البلاد الاخرى حيث تقوم تشاريع للعمال ، وحيث الخدمة العسكرية في حالة السلم والحرب اجبارية لا يعفى منها الا عاجز او مصاب ، فالعقوبات المنصوص عليها في هذه الانظمة تطبق على المتمارض والمتصنع ، ولا تتسع هذه الكلمة للافاضة بها ويكفي ان نقول ان محاكم النقابات والمحاكم العسكرية توقع هذه العقوبات بمستحقيها دون ما هوادة ، لعلمها ان نجاح المدعي بادعائه يشجع غيره على الاقتداء به وسرعان ما يتفشى داء التقليد في ضعفاء النفوس ، وان محاربة الوباء في اول ظهوره خير واولى .

اما فيما عدا هذين الميدانين فالتقليد يعد اختلاساً ، والمعقول ان يعاقب المقلد عقاب من اراد اختلاس تعويض الاصابة التي يدعيها او التي اصطنعها ، غير ان اطباء الشرع والخبراء لا يتمكنون في اكثر الاحوال من انزال العقوبة في المقلد ، وتقتصر نتائج اثباتهم للتقليد على الحيلولة بينه وبين غايته التي يرمي اليها .

وخير ما يعمل لمجابهة المقلدين ومحاربة الادعاء هو تشهير من ثبت كذبه وتصنعه ثبوتاً قطعياً ، والضرب على يد كل من له ضلع فيه ، فقد ثبت يقيناً ان قصاص هؤلاء الشركاء الذين يزينون المجرم اجرامه ويساعدونه عليه ، ومثلاً عقاب كل من عمل لاجهاض جنائي او لتصنع مرض ، اجدى من قصاص المجرم نفسه، ومثلاً أجدى من عقاب المجهضة او المتمارض

والطبيب كما قلنا يردع ضعفاء النفوس بالتقليد او يردعهم ويبعدهم عنه بما يعرف عنه من دقة في الفحص وإعراض عما يوحي به المفحوص ويتقوله محيطه ما لم يثبت بالطرق الفنية القطعية ، او اصغاء لمفحوصه وتأثر بقول كل قائل بدون تدقيق او تحقيق .

(للبحث صلة)

❀❀❀

الشباب والاشباب

وسعة العمر

«١٢»

اقوال بعض الادباء والمفكرين في القمار

قال المرحوم مصطفى لطفي المنفلوطي عن القمار والمقامر :

ما جلس المقامر الى مائدة القمار الا بعد ان استقر في ذهنه ان الدرهم الذي في يده سيتحول بعد هنيهة من الزمن الى دينار ويعود به الى اهله فرحاً مغتبطاً، وأحسب ان العقول تعجز عن ادراك سر هذه العقيدة ومثارها

ان كان يؤمل الربح لانه يرى عن يمينه رجلاً قد ربح فلم لا يخاف الخسران لانه يرى عن يساره مائة خاسرين وان كان يضحكه منظر الرابح لانه يرى في بعض مواقفه احد الرابحين ضاحكاً فلمَ لا يبكيه منظر اصدقائه ورفقائه الخاسرين وهم يتساقطون حواليه تساقط جنود المعركة تحت القذائف المنطلقة

ما اشبه المقامر الذي يطلب من الدينار الواحد مائة دينار ، بالكيمياني الذي يطلب من القصدير فضة ، ومن النحاس ذهباً ، كلاهما يتاجر بالاحلام ، في سوق الاوهام

انا لا اريد ان انصح للمقامر بترك القمار ، لاني اعتقد ان من يملك عقلاً مثل عقله وفهما مثل فهمه لا يستطيع ان يفهم كلمة مما اقول ، ومن عجزت حوادث الدهر وعبر الايام عن ان ترد عليه ضالة عقله وتهديه السبيل الى نفسه ، لا تنفعه كلمة كاتب ولا موعظة واعظ وانما اريد ان اقول للذين لم يقدر لهم ان يخطوا خطوة واحدة في هذه الطريق الوعرة حتى اليوم ، لا تقامروا جداً ولا هزلاً ، فان هزل القمار يجر الى جده ولا تمروا بمعاهد القمار قصداً ولا عفواً ، فان من حام حول الحمى يوشك ان يقع فيه

وقال الشيخ نجيب الحداد في القمار القصيدة الآتية :

لكل نقيصة في الناس عار	وشر معايب المرء القمار
تشاد له المنازل شاهقات	وفي تشييد ساحتها الدمار

تصيب النازلين بها سهاد ... فإفلاس فيأس فانتحار
قد اختصروا التجارة من قريب ... فعدم في الدقيقة أو يسار
وبئس العيش فقر مستديم ... يعارضها يسار مستعار
وبئس المال لا تحظى يمين ... به حتى تسلمه اليسار
يفرّ من البنان فليس يبقى ... لهم من اثره الا اصفرار
فبينا تبصر الوجنات وردا ... اذا هي في خسارتهم بهار
تراهم حول بسطتها قعودا ... يدير عيونهم ورق يدار
يلاحظ بعضهم بعضاً بعين ... يكاد يضيء اسودها الشرار
فتحسب ان بين القوم ثأرا ... ولا ثأر هناك ولا نفار
كأن عيونهم لما ادبرت ... فراش حائم والمال نار
فهم لا يبصرون سواه شيئاً ... كساري الليل لاح له منار
وهم لا يعطفون على خليل ... وليس يشوق انفسهم مزار
وهم لا يذكرون قديم عهد ... وليس لهم سوى الامس اذكار
فكم غضبوا على الايام ظلماً ... وكم حنقوا على الدنيا وثاروا
وكم تركوا النساء تبيت تشكو ... وتسعدها الأصيبية الصغار
تبيت على الطوى ترجو وتخشى ... يؤرقها سهادٌ وانتظار
فبئست عيشة الزوجات حزن ... وتسهيد وهجر وافتقار
وبئست خلة الفتيان هم ... واتعاب وخسران وعار

ومن اروع ما كتب عن القمار ما خطته يراعة الشاب الاديب احمد مظهر العظمة واصفاً معارك القمار في بلودان قال :

هناك في بلودان تجري معارك للقتال يحمد رعراعها (١) ويذم شجاعها ، الرابح فيها والخاسر سيان ، اذا الفوز فيها سجال ولكل من شأنيها معان للخسران . ان لم تلعلع في آفاقها رعود المدافع ، وتطوح برقاب شياطينها شفار القواطع ، ويرن في ارجائها رشق البنادق وتعنّ (٢) في انحائها اشباح المنون تأتي حماصاً خفافاً وتعود بطاناً ثقالا ، — ان

(١) الجبان (٢) عن الشيء يعني اذا ظهر امامك واعترض

لم يكن فيها ذلك — فلها بمعاني الحرب صلات ، ولا تغني الاسماء عن الحقائق ، ولا تنفي مظاهر الباطل من مصارع السوء : انها معارك القهار او شباك الدمار بين اولئك الذين وصلت اليهم اطراف النعم فرفضوها بقلة الشكر ، وصلة الوزر ، وما اليهما من استخفاف بالرزق واستحلال في طلبه للمحارم ، واستمتاع بشهوات منحطة ، واسترضاء لنزوات طائشة ولو كان في ذلك فقد نفس ونكد اسرة وفساد امة .

تبدد الاموال على موائد النضال بأمل وسخاء ، وقد تكون عزيزة على ابن فاقة ذي عيال يرتمضون من الهم ، ويمزقون كبد الحنان بانين الفقر وقلة الحيلة ، وينادي منادي الحرب وشاهد الفتنة وداعي الضلالة : الصفقة جليلة والدورة ثقيلة ، والفوز للمكثر الرابح ، وجنود ابليس عن اليمين وعن الشمال ، يبسطون الايدي كل البسط ، ويبعثون الآمال مترعة بالفوز .

فاذا هي جولة استعلى فيها الرجاء الشارد على اللب المتدبر ، وغلب الطمع فيها القناعة فتوارت كما تتوارى الشمس في ظلمة الليل البهيم ! والابصار شاخصة ، والقلوب ترتجف والفضيلة تتململ من الاسى ، والحقيقة ساخرة ممن سحرتهم الاوهام وقادتهم الاحلام فمشوا الى الغنى في طريق الفقر يبغونه عوجاً ، ويحسبون انهم يحسنون صنعاً !

واذا هي هنيهة وقف فيها دولاب الدمار ليبرم حكمه ويستأنف دورته ، فاذا الرابح فلان يلقف الاموال لتستقر لديه ، بل لتهدأ قليلاً ثم تسير سيرتها الاولى وتحول الى غيره وهكذا دواليك ! واذا الخاسرون الواجمون خصوم لذاك ، يشعرون نحوه بالضغينة والجدة والعداء . وربما كان من قبل صديقهم الحميم ! ينظرون اليه فتقذف عيونهم بالشرر لحظاً ، وتلهف مشاعرهم ندامة وغيظاً ، وتجف (١) قلوبهم من حصاد ما فرطوا فيه مستسلمين للظن الاثيم وما تهوى الانفس الأمارة بالسوء .

يا ويلتنا ! لقد نكر (٢) الامر : امهات واخوات وزوجات وبنين وبنات : اسأنا اليهم وظلمناهم ، ايتكففون بعد سوء فعالنا الناس !

ثم يذكرون الرابح ما زعموا لهمن عيش مخضل سيغدو فيهفيودون لو ان لهم كرة فيربحوا كما ربح ويتناسون خسارتهم ومصيبة اسرتهم وامتهم بهم ، ويتخذون من ذلك مبرراً

(١) تضطرب (٢) صعب

لحوض غمارها ثانية ! ! ولكن قد لايكون لديهم مهر لحسناءهم فماذا يعملون ، ان ابليس يهمس في آذانهم : نقذاً (١) لكم ايها العاثرون ، لا تقنطوا من وعدي . . . ! وهم جنوده الذين يقنعهم منطقه ، ويرضيهم نصحه فيسمعون ويطيعون وربما استدان احدهم ورهن امتعته ، او سرق او اتى باحدى الاد (٢) كي يقوم بواجبه ! نحو القمار ! ! اذ من شأن هذا ان يستحوذ على عشاقه ، ويملك مشاعرهم ؛ فلا يدع لهم روية في في التفكير ولا قوة في الضمير ولا شدة في الارادة ولا خشية في القلب ولا سؤدة (٣) من شباب ولا بلغة للعيش ولا ركزا (٤) في المجتمع . وكثيراً ما يغدو القامر يائساً ينتظر الراحة من الموت وهو يذوقه مراراً في شقائه وبؤسه

وقد قال الاستاذ محمد صالح الحلبي في القمار والمقامرين :

ان كل مقامر مجنون في قالب عاقل اذ لسان حاله ينشد ابداً قائلاً :

جلسنا حول مائدة القمار	واكثرنا يغني كالقماري
ونرمي فوق اوراق نقوداً	بغير تدبر رمي الجمار
عملت لأسرتي بيتاً رفيعاً	فخر السقف فينا بالدمار
وقد يحمي وطيس الضرب ممن	يصول كأنه حامي الذمار
سعيت لأجتني رطباً جنياً	فلم اقطف سوى مر الثمار

ولسان حال الشرق والاخلاق يوبخ المقامرين فوق منبر الفضيلة قائلاً :

تتوب من القمار اذا خسرتا	وترجع للقمار اذا غنيتا
اذا ما الخسر مسك انت باك	واخبث ما تكون اذا ربحتا
فكم من كربة القاك فيها	وكم كشف الستار وما اعتبرتا
وكم ارداك في أخزى المخازي	وكم فضح العيال وما ارعويتا
اما تخشى الرذيلة في ذويكا	وانت على القمار لقد دهيتا
وكم عاهدت ثم نقضت عهداً	وانت لكل مكرمة نسيتا

❁❁❁

(١) النقذ كالانقاذ (٢) اي المنكر العظيم (٣) بقية (٤) الصوت الخفي

مضار القمار الصحية

قدمنا اقوال بعض الادباء في القمار شرحاً لحالة المقامرين النفسانية وتمهيداً للبحث عن مضار القمار في الصحة وعلينا الآن لايفاء هذا الموضوع بعض حقه من التمحيص ان نمعن في مائدة القمار وفي من التف حولها من المقامرين يرئس المائدة الخضراء رجل من شياطين الانس،ابليس تلك المائدة يرمق بعينيه اللاعبين متهكماً على المقتصدين في لعبهم لا يعجبه منهم الاكل مجازف متهور لان في ذلك زيادة لربحه الخاص ولنفع النادي الذي وكل اليه امر ادارة اللعب ويرسل بين احايين واخرى نظرات ازدراء للمتفرجين كأنه يدعوهم الى الانخراط في هذا السلك المعوج ولسان حاله يقول هذه هي الفئة الراقية من الناس فمن لم يكن منها هو احط منها الا بئس ما يتوهمون .

اما اللاعبون فانهم من مختلفي الاعمار ، بينهم الشبان والكهول والشيوخ وتختلف اذية القمار في صحة هؤلاء باختلاف اعمارهم :

ضرره في الشباب : ان السهر وكثرة الانفعالات النفسانية بسبب الربح او الخسران تنهك قوى اعصاب الشباب فتضعفها وتبيغ الدم في الدماغ فيؤدي ذلك الى الأرق . وكثيراً ما اشتدت نهكة الاعصاب حتى صارت خوراً حقيقياً لا يعود معه الشاب قادراً على ضبط نفسه الامارة بالسوء فيبتلى بالرذائل وتجرع الكحول وكل ذلك متوفر في نوادي القمار فيضعف ويهزل جسمه ويعود عنصراً ضاراً لنفسه وعيلته وقومه سواء بفساد اخلاقه او لاصابته بالامراض التي نزلت به من جراء شراء تلك المؤلفات او من انهماكه في القمار والرذائل كالسل والزهري وكثيراً ما يبلغ به اليأس وضعف الاعصاب حداً يستسهل معه وضع حد لحياته التعسة فينتحر وهكذا فان القمار في الحسبان دافع الى الرذائل منهك للقوى وموءد الى الهرم قبل الأوان حتى ان مشهد مدمني القمار من الشبان يدل على عمر يفوق عمرهم الحقيقي بكثير وكثيراً ما يكون القمار مقصراً للعمر ومميتاً ابتساراً

ضرره في الكهول : يوءذي القمار الكهول كما آذى الشباب لا بل يزيد على ذلك

انهم اقل مقاومة تجاه الامراض من الشباب، على انــه اذا كانت الانفعالات النفسانيــة وضعف الاعصاب عندهم اقل مما عنـد الشباب فان الحرض ومـا يلحق بـه من امراض كثير الوقوع فيهم لذلك نرى اكثرهم مبتلين بالنقرس والشقيقة والداء السكري والرثية المزمنة وغير ذلك من الامراض الناتجة من بطوء الاغتذاء والتي يساعد كثيراً على توليدها وجعلها شديدة وخطرة ارتياد نوادي القمار وما يدعو اليه من تجرع المشروبات الروحية وقلة الحركة واهمال الرياضة البدنية والقواعد الصحية تدعو هذه الامراض الى شل حركة هؤلاء الكهول وجعلهم اعضاء فاسدة في المجتمع وتقصر اعمارهم وتشيخهم قبل الاوان .

ضرره في الشيوخ : يزيد ضرره في الشيوخ عما هو عليه في الشبان والكهول هو ان المقامرين من الشيوخ هم في الغالب مصابون بالتصلب الشرياني وقصور الكبد والكلية وقصور اعضاء اخرى او بامراض بطوء الاغتذاء وذلك بسبب تقـدم سنهم من جهه وانهماكهم بالقمار وما يجره من الرذائل من جهـة اخرى . وهوءلاء الشيوخ هم في الغالب ضعفاء الارادة شرسو الطباع ، معرضون للانفعالات النفسانية لذلك كثيراً ما ادى السهر والتأثر والانفعال فيهم الى تمزق الشرايين وموتهم فجأة او اصابتهم بالشلل هذا عدا الامراض الاخرى التي يدعو اليهـا الالتفاف حول موائـد القمار وما يتطلبه من انهماك في الرذائل وكثيراً مـا يلقي الشيخ حتفه فوق موائد القمار . لهذا كله كان القمار في الشيوخ مسبباً للموت ابتساراً .

يتضح ممـا اسلفنا ان القمار يضر الصحة في كل سن ويدعو الى الهرم فالموت قبـل الاوان لذلك كان في محاربته حفظ للصحة وتطويل للاعمار عدا ما في ابطاله من منافـع للمجتمع البشري لذلك كله حرمته اكثر الاديان وشدد في تحريمـه الاسلام .

❀❀❀

الآيتين الكريمتين

انما حرّم عليكم الميتة والدم ولحم الخنزير وما اهل به لغير الله

البقرة

حرّمت عليكم الميتة والدم ولحم الخنزير وما اهل لغير الله بـه والمنخنقة والموقوذة والمتردية والنطيحة وما اكل السبع الا ما ذكيتم ومـا ذبح على النصب وان تستقسموا بالازلام ذلكم فسق المائدة

نبحث اولاً عن بعض اقوال المفسرين في هاتين الآيتين الكريمتين ثم نبحث عما لهما من شأن كبير في حفظ الصحة والوقاية من الامراض

اقوال المفسرين

جاء في تفسير القرطبي ان الميتة ما فارقته الروح من غير ذكاة مما يذبح ، وما ليس بمأكول فذكاته كموته ، كالسباع وغيرها . واما الدم فمسفوحه محرم لقوله تعالى « قـل لا اجـد فيما اوحي اليّ محرما على طاعم يطعمه الا ان يكون ميتة او دماً مسفوحاً » واما ما خالط اللحم فغير محرم باجماع

واما قوله تعالى « ولحم الخنزير » خص الله تعالى ذكر اللحم من الخنزير ليدل على تحريم عينه ذكي او لم يذكّ ويعم الشحم وما هنالك من الغضاريف وغيرها لان اللحم مع الشحم يقع عليه اسم اللحم وقد حرم الله تعالى لحم الخنزير فناب ذكر لحمه عن شحمه ، لأنه دخل تحت اسم اللحم .

وقد ذكر المرحوم الشيخ محمد رشيد رضا في تفسير الآيتين المذكورتين ان آية المائدة شرح وتفصيل للميتة وما اهل به لغير الله وذلك بقوله تعالى « والمنخنقـة والموقوذة والمتردية والنطيحة وما اكل السبع — الا ما ذكيتم — وما ذبح على النصب. فمحرمات الطعام اربعة بالاجمال وعشرة بالتفصيل وهاك بيانها وحكمة تحريمها

الاول الميتة : يراد بالميت عند الاطلاق ما مات حتف انفه اي بدون فعل فاعل . وحكمة تحريم ما مات حتف انفه انه يكون في الغالب ضاراً لانه لا بد ان يكون قد مات بمرض او ضعف او نسمة خفية مما يسمى الآن الميكروب انحلت به قواه او ولد فيه سموماً وقد يعيش ميكروب المرض في جثة الميت زمناً ، ولانه مما تعافه الطباع السليمة وتستقذره وتعده خبثاً ، والمشهور عند علمائنا ان سبب ضرر الميتة احتباس الرطوبات فيها .

الثاني الدم : والمراد به المسفوح اي المائع الذي يسفح ويراق من الحيوان وان جمد بعد ذلك بخلاف ما يتخلل اللحم عادة فانه لا يعد مسفوحاً . وحكمة تحريم الدم الضرر والاستقذار ايضاً كما قيل في الميتة ، اما كونه خبثاً مستقذراً عند الناس فظاهر ، واما كونه ضاراً فلأنه عسر الهضم جداً ويحمل كثيراً من المواد العفنة الميتة التي تحل من الجسم ، وقد يكون في الدم جراثيم بعض الامراض المعدية وهي تكون فيه اكثر مما تكون في اللحم

الثالث لحم الخنزير : وحكمة تحريمه ما فيه من الضرر وكونه مما يستقذر ايضاً ، وان كان استقذاره ليس لذاته كالميتة والدم ، بل هو خاص بمن يتذكر ملازمته للقاذورات ورغبته فيها . والغرض ان الاسلام طيب احل الطيبات وحرم الخبائث وبالغ في امر النظافة فلا غرو اذا عدّ اكل الخنزير للقاذورات علة أكله او حكمة من علل تحريم لحمه او حكمها وان لم يترتب عليه ضرر فكيف اذا ترتب عليه ضرر عظيم . واما كون اكل لحم الخنزير ضاراً فهو مما يثبته الطب الحديث

الرابع ما اهل لغير الله به : وهذا هو الذي حرم لسبب ديني محض لا لأجل الصحة والنظافة كالثلاثة الماضية

الخامس المنخنقة: وهي من قبيل ما مات حتف انفه من حيث انه لم يمت بتذكية الانسان له لاجل اكله ، فهي داخلة في عموم الميتة بالمعنى الشرعي الذي بيناه في تفسيرها وانما خصها بالذكر لان بعض العرب في الجاهلية كانوا يأكلونها ولئلا يشتبه فيها بعض الناس لان لموتها سبباً معروفاً ، وانما العبرة في الشرع بالتذكية التي تكون بقصد الانسان لاجل الاكل حتى يكون واثقاً من صحة البهيمة التي يريد التغذي بها

السادس الموقوذة : وهي التي ضربت بغير محدّد حتى انحلت قواها وماتت . وتدخل الموقوذة في عموم الميتة الشرعية فانها لم تذك تذكية شرعية لاجل الاكل

السابع المتردية : وهي التي تقع من مكان مرتفع او في منخفض فتموت وتدخل المتردية في الميتة بحسب معناها اذ لم يكن للانسان عمل في اماتتها ولا قصد به الى اكلها

الثامن النطيحة : وهي التي تنطحها اخرى فتموت من النطاح من غير ان يكون للانسان عمل في اماتتها كما سبق القول فيما قبلها

التاسع ما اكل السبع : اي ما قتله بعض سباع الوحوش كالاسد والذئب ليأكله ، واكله منه ليس شرطاً للتحريم فان فرسه اياه يلحقه بالميتة كما علم مما مر وكانوا في الجاهلية يأكلون بعض فرائس السباع ، وهو مما تأنفه الطباع .

وجملة القول في اصل المسألة ان الله تعالى أحل أكل بهيمة الانعام وسائر الطيبات من الحيوان ما دب منه على الارض وما طار في الهواء وما سبح في البحر ولم يحرم على سبيل التعيين الا الميتة والدم المسفوح ولحم الخنزير وما اهل به لغير الله .

اما التذكية على رأي الاستاذ العلامة فغرض الشارع منها اماتة الحيوان لاجل ان يأكله الانسان حتى يكون واثقاً من صحة البهيمة التي يريد التغذي بها وانه يجب اتقاء تعذيب الحيوان في ذلك بقدر الاستطاعة .

العاشر من محرمات الطعام ما ذبح على النصب وهو من جنس ما اهل به لغير الله .

اما سبب تحريم الاستقسام فلانه من الخرافات والاوهام التي لا يركن اليها الا من كان ضعيف العقل

اما قوله تعالى « ذلكم فسق » فراجع على رأي ابن جرير الى جميع ما سبق من المحرمات اي كل محرم منها خروج من طاعة الله ورغبة عن شرعه . وذكر الرازي فيه وجهاً آخر وهو انه راجع الى الاخير فقط وهو الاستقسام بالازلام

العليم
شوكة موفق الشطي

❀❀❀

الجزء ٧ المجلد ١٤

مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في كانون الثاني السنة ١٩٤٠ م الموافق لذي القعدة السنة ١٣٥٨ هـ

الاستطابات الجراحية في التهاب الزائدة الحاد

ان هذه الاستطبابات مختلفة اشد الاختلاف لا يكاد يجتمع رأيا جراحين على الاتفاق عليها وان من ألقى نظرة على مناقشات محفى (académie) الجراحة الباريسي في السنة ١٩٣٦ يتضح له الامر . فان الآراء كانت متباينة في تلك المناقشات لان كلاً من الجراحين كان يجدّ في اقناع الآخرين بصحة رأيه وجعل ذلك الرأي سائداً وشاملاً للحالات جميعها .

فلا عجب اذا ما عالج هذا الموضوع ولا يزال يعالجهُ عدد من الكتبة واذا ما تناوله مؤخراً الاستاذ جورج ليكلرك فأبدى رأيه الصائب فيه الذي ننقله الى قرائنا ليتبعه الاطباء في ممارستهم ان لم يتبعه الجراحون الذين لا يقلع احدهم عن رأيه الا بعد ان يبدو له جلياً ان خطته خائبة وان ما يقوم به سواه افضل منها :

كانت القاعدة المتبعة ما يلي : يبضع كل التهاب زائدة في الساعات الثماني والاربعين الاولى بدون اقل تردد واما بعدها فيبرد الالتهاب الا اذا طرأ ما يستلزم التوسط . غير ان هـذه القاعدة لم تلبث ان تبدلت وان بدا للعيان خطأها فاذا ما انتظر الجراح في داء كهذا تعد الساعات فيه لا الايام ريثما تبدو علامات الخطر ساق مريضه بانتظاره الى مأزق حرج وفاتت الفرصة السانحة. ولا معنى لهذه المدة التي حددوها بثمانٍ واربعين ساعة فاذا عنوا بها ان قطع الزائدة في خلالها سهل كما لو برد الالتهاب كان الأمر صحيحاً واما اذا

عنوا بها ان محاذير قطع الزائدة بعدها تفوق حسناته فليس ذلك صحيحاً واذا كان لا بدّ من تعيين وقت فان تحديده واجب الى ابعد من ذلك .

وقد تبدلت هذه القاعدة لشدة ما وجه اليها من النقد على الوجه التالي :

ليبضع كل التهاب زائدة في اليومين الاولين بدون اقل تردد ولتراقب الحادثة عن كثب بعدها . فاذا سار الالتهاب الى التحسن دلّ الامر على ان النوبة كانت خفيفة وانها ستكون قصيرة المدة وان شفاءها عفواً ممكن فلا حاجة الى البضع . واما اذا اشتدت الحالة فالبضع واجب بلا تردد . واذا لم تتبدل الحالة اختار الجراح ما يراه موافقاً .

غير ان هذه الصيغة التي تبدو حكيمة لا توافق كثيراً من الحادثات ومحذورها انها كالصيغة الاولى مستندة الى السير السريري . وغير خاف انه ما من علامة سريرية كافية لاثبات السير الحسن او السيء في التهاب الزائدة كما يستدل من المشاهدات القديمة والحديثة التي لا يحصى عددها . ولا تزال الهجعة الخادعة التي نبه ديولافوا الانظار اليها والتي تتلوها هجمة فجائية غير منتظرة ماثلة امام اعين الكثيرين . فالصيغة القديمة لم تتبدل والحالة كهذه والجراحون لا يزالون في ترددهم الذي يسوقهم حتماً الى بضع جميع المرضى وقد اتبع عدد من الجراحين هذه الخطة الجريئة فاوجبوا قطع الزائدة في اي يوم من التهابها ولم يعلقوا على الاعراض السريرية حسنةً كانت ام سيئة اقل شأن. غير ان هذه الصيغة المطلقة خطرة بدورها اذا ما عمّ استعمالها لانها لا تقيم اقلّ وزن للسريريات وللتشريح المرضي ولا سيما في بعض من الحالات حيث العملية قد تكون سيئة العواقب .

فعلى الجراح ان يتمثل ما في الحفرة الحرقفية من الآفات قبل ان يصدر حكمه . فمتى لم تحسن الحالة بسرعة تتكون حول الزائدة في بضعة ايام التصاقات تلاءم العرى والثرب وتحصر مجامع صغيرة من الصديد . ويتمثل هذا سريرياً بالدرع (plastron) ويتفاعل الجدار فيتقفع مانعاً جس ما تحته . وهذه الالتصاقات هشة في الايام الاولى وسريعة التفكك وقطع الزائدة ولو افضى الى فتح بضعة مجامع صغيرة من الصديد كما ذكرنا سهل كما في اليومين الاولين واذا لم يكن هذا القطع خالياً من الخطر فان خطره اقل من خطر الامتناع عن البضع .

غير ان هذه الالتصاقات تكثف وتمتن بعد بضعة ايام محدّدةً الآفات تحديداً حسناً

فيتبدل منظر الدرع السريري ويصبح مع بقائه مؤلماً بالجس السطحي اجسم واسهل ادراكاً ويزول تقفع الجدار في حذائه وحوله وتستطيع اليد الحاسة تعين حدوده ، وتهبط الحمى وتحسن الحالة العامة . فتكون الآفة قد انحصرت واذا لم تطرأ امور غير منتظرة فيكون البدن قد حاز الغلبة . فمتى كان الجراح بازاء هذا الدرع المتأخر المحدود الواضح الحدود كان الاقلاع عن العملية الجراحية اضمن للمريض وابقى . لان الجراح اذا اصرّ على قطع الزائدة مهما كلفه الامر كان تفريق العرى الملتصقة شاقاً وقد يفضي الى انثقاب بعضها والى تعفين الصفاق(péritoine)الشامل الذي جد البدن في مكافحته لحصره . اجل ان بعضاً من الجراحين يقطعون الزائدة على الرغم من هذه الالتصاقات المتينة وفتح مجمع من الصديد النتن الرائحة ويكلل عملهم بالنجاح حتى ان الصفاق لا يكاد يتفاعل بعد العملية لانه يكون قد تلقح ولكن فلنذكر ان العكس قد يحدث وان البدن بعد ان يكون قد تحسس بالعفونة السابقة تقضي العفونة الجديدة عليه

وقد اجمعت الآراء على ان العملية صعبة في هذا الزمن ومهما تغنى البعض بالمهارة واللباقة الجراحية فصعوبة العمل الجراحي والاخطار التي تنجم عنه جديرة بالاهتمام .

ويحل هذا الدرع عفواً في الغالب غير انه قد يتقيح مكوناً مجمعاً صديدياً حول الزائدة فتعلو الحرارة بعد ان تكون قد خفت وتشتد الآلام ويزداد حجم الدرع ويبرز ملتصقاً بالجدار فتصبح العملية واجبة الاجراء غير انها تقتصر على فتح المجمع الصديدي ولا تقطع الزائدة فيها لان قطعها خطر . وليس الجراحون الذين يشيرون بقطع الزائدة في حالة كهذه بكثيرين .

وعلى الجراح متى واجه التهاب زائدة حاداً ان يعتمد كما في اي حالة اخرى على علمه السريري. اجل ان قطع الزائدة هذا العضو الذي احدث العوارض الشديدة مرغوب فيه وضروري وقد يكون واجباً غير ان على الجراح ان يزن بميزان علمه اخطار القطع واخطار الامتناع قبل ان يقدم على العمل وهذه الاخطار حقيقة لا مراء فيها مهما تبجح المتبجحون فاذا ما نظر الى الحفرة الحرقفية وما فيها قرر احد الامرين .

واذا كان لا غنى عن سن طريقة للتمشي عليها فجس الحفرة الحرقفية خير ما يستند اليه في الارشاد الى التوسط الجراحي او الاقلاع عنه . واما العوارض الاخرى فخير

للجراح ان يهمل أمرها ليس لقلة شأنها بل لمجيئها في الدرجة الثانية ويختصر ابكارك الاستطابات الجراحية بما يلي :

تبدو في سياق التهاب الزائدة الحاد عدة احتمالات :

١ً – فمتى كان الالم بجس الحفرة الحرقفية العلامة الموضعية الوحدة ولم يكن تقفع ولا درع وجب قطع الزائدة بدون النظر الى الوقت الذي مرّ على بدء الالتهاب، وقطعها خال من الخطر في الغالب .

ولكن اذا كان الالتهاب حديثاً ولم تكن الحالة العامة مقلقة فليس قطع الزائدة امراً واجب الاجراء بسرعة فائقة لان التشخيص قد يخطيء . فان التباس الآفة بامراض غير بطنية مدعاة الى الاسف وانه لضرر جسيم ان تقطع زائدة مريض مصاب بآفة رئوية مبتدئة او التهاب الحويضة والكلية او حمى تيفية او تخلن الدم (acétonémie) واثبات التشخيص بتحريات المخبر واجب وفي السرعة الندامة .

٢ً — اذا كان في الحفرة الحرقفية دفاع موضع بدون اقل انتباج ، يضع المريض بسرعة بدون النظر الى الوقت الذي مرّ على بدء الالتهاب . والخطأ ممكن في هذه الحالة ايضاً غير انه اقل وليس بوخيم العواقب . فقد يكون الداء آفة بطنية تستلزم التوسط الجراحي واذا شك في الامر كان التوسط واجباً كما لو كانت الآفة التهاب الزائدة . ومع ذلك فمعاينة المريضة الدقيقة ضرورية لمعرفة ما اذا كانت الآفة التهاب الملحقات او انتباج العقد الماساريقية او التهاب الصفاق السطحي المبتدىء .

٣ً — اذا كان الدفاع شاملاً كان التهاب الصفاق عاماً والتوسط الجراحي واجباً بلا اقل تردد .

٤ً — واذا كان الجدار متقفعاً في الحفرة الحرقفية وجست اليد خلفه درعاً مبهم الحدود وكان المريض في يومه الثالث او الرابع او الخامس فيكون التفاعل الصفاقي موضعاً غير انه آخذ في السير ، ويجب التوسط السريع وقطع الزائدة سواء اكانت الحرارة والحالة العامة متجهتين الى التحسن ام الى السوء . والتوسط خطر غير ان الامتناع عنه اخطر .

٥ً — واذا جس في الحفرة الحرقفية درع واضح الحدود ولم يكن البطن مؤلماً ولا متقفعاً ويكون المريض عادة في يومه الخامس [illegible] س او ال [illegible] ابع او اكثر وكانت الحرارة

قد هبطت والحالة العامة قد تحسنت فالامتناع واجب . وغؤور الدرع من نفسه بالمعالجة الدوائية الرشيدة ممكن وكثير الحدوث .

٦ — واذا عادت الحرارة الى الارتفاع والآلام الى الاشتداد والدرع الى الازدياد والبروز يكون الخراج حول الزائدة قد تكوّن ويصبح شقه واجباً بدون قطع الزائدة .

م ، خ .

❀❀❀

إمراض الحكة العجانية ومعالجتها بحقن العجز

بكبريتات المغنيزيوم

ان الامراض التي ترافقها حكة سواء اكانت عامة او ناحيّة او موضعة في الفرج او العجان كثيرة العدد غير ان منها ما يظل سببه غامضاً حتى ان كشفه يستلزم معاينة المريضة ساعة من الزمن قبل الوصول الى جلاء هذا الغموض . فعلى الطبيب ان يفتش عن الافرنجي والانسمامات البرانية والجوانية ويعاين معاينة دقيقة انبوب الهضم وناحية العجان والفرج ويمس المهبل والاعضاء التناسلية ويجري التحريات المخبرية حتى يستنتج في النهاية سبب الحكة .

وقد يستخلص في كثير من الحالات بعد المعاينة السريرية الدقيقة والنتائج السلبية التي يجيء بها المخبر ان الحكة اساسية. وهذا التعبير ستار نستر به جهلنا ونخفي به قصور الوسائل المخبرية التي نستعملها في كشف سبب الحكة وكلما اتقنت هذه الوسائل قلت حادثات الحكة الاساسية

فهذه الحادثات التي لم يكشف تفاعل واسرمان ولا معايرة البولة الدموية ولا سكر الدم ولا تحليل الغائط ولا التفسرة (تحليل البول) سببها هي ما يدور الكلام عنه في هذه العجالة وما نلخص فائدة حقن العجز بكبريتات المغنيزيوم فيه بعد ان تخيب المعالجات الاخرى .

فقد عولجت هذه الحكات اولاً بمختلف المعالجات الموضعية العادية والاستدماء الذاتي والمعالجة الحكمية (physiothérapie) فلم تجنِ اقل فائدة حتى بدئت الحقن العجزية بمحلول من كبريتات المغنيزيوم نسبته ٢٠ ٪ فكانت النتائج حسنة ومشجعة . وهذه المشاهدات التي نرويها لسامونو وادامیستینو من بوخارست

وقد استعمل المؤلفان كبريتات المغنيزيوم للمرة الاولى واوردا بعض الفرضيات في تعليل فعلها المسكن والشافي .

يقول بعض من المؤلفين ان الحكة ناجمة عن صدمة خلطية كالنقرس والربو وبعض التملات (eczémas) وقد نشأت معالجتها بالاستدماء الذاتي من هذه الفكرة . ويقول

آخرون ان الحكة اضطراب نفسي وان معالجتها النفسية واجبة قبل معالجتها الموضعية
ويظهر ان النظرية التي نالت حظاً كبيراً في يومنا هي النظرية التي تنسب الحكة الى قصور
المبيض . وقد ساقهم الى هذه النظرية ظهور اكثر الحكات في نساء قريبات من الضهى
ولا يحدث قصور المبيض وحده الحكة بل ان تشوشاته الوظيفية البسيطة كافية
لاحداثها والمعالجة الجرابينية (folliculinique) ناجعة في كثير منها .

ويسلم جاكه بانتقال حس الاكلان بالطريق الودي فان الحكة تأتي نوباً مما يتفق
والتناذر الودي . وقطع العصب امام العجز الذي اجراه ليريش وكوت وسواهما وحسنا به
كثيراً من حادثات الحكة برهان على صحة هذه النظرية الامراضية ومثله التوسطات على
الاعصاب الاستحيائية الباطنة (قطعها او كحولتها) التي تكثر فيها الالياف الودية فهي دليل على
سداد هذه النظرية .

ويرجح ان الحكة تنجم عن اسباب مختلفة غير ان للودي في احداثها الدور البارز .
اما المعالجة التي استعملها المؤلفان ونالا منها احسن النتائج فخاصتها انها تضيف شاردة (ion)
المغنيزيوم الى البناء الكيمياوي لاعصاب ذيل الحصان وتحمل على الظن بان بين شوارد
المغنيزيوم والكلسيوم في هذا المكان اختلالاً في التوازن مفضياً الى اثارة الحكة . لان
حقن الوريد بغليكوكونات الكلسيوم في مريضتين كانتا تحسنتا بعد المعالجة بالحقن العجزية
أثار حكة جديدة شديدة .

ويعتقد المؤلفان ان الحكة العجانية تناذر مرتبط باسباب مختلفة تستطيع ان تؤثر
كسبب عام (انسمام جواني او براني، اضطرابات الغدد الصم) في الودي اجمالاً او كسبب
موضعي في الودي العجزي . والطريق الناقل لهذا الحس الاكلاني هو الودي العجزي
الذي اختل توازن بنائه الحيوي الكيمياوي بنقص شاردة المغنيزيوم فيه . فاذا حقن
العجز بكبريتات المغنيزيوم انقطع ذلك الطريق وزالت الحكة بانقطاعه ، وعاد التوازن
الحيوي الكيمياوي بين الكلسيوم والمغنيزيوم في بناء العصب الودي . وهذان الفعلان
اللذان يقوم بهما المغنيزيوم مستقل احدهما عن الآخر لان حقن العجز بالنوفوكايين
الذي يقطع الاتصال العصبي قطعاً صريحاً اكثر من كبريتات المغنيزيوم لا يفعل في الحكة.

وقد بين ميلتزر واوار في السنة ١٩٠٥ ان وضع كبريتات المغنيزيوم على الجذع العصبي

يقطع الاتصال فيه حتى ان هذا العلاج يتصف بخواص مخدرة اذا ما حقن الوريد به غير ان المقدار المخدر قريب من المقدار المميت . وقد جرب كروفاليه قبل كل احد كبريتات المغنيزيوم بطريق القناة الفقرية في معالجة الكزاز فكانت منه بعض النتائج . وجربه مارينيسكو في داء الرقص ونوب السهام المعدية والعصاب الوركي بالطريق الفقاري ايضاً ولتتذكر ان كبريتات المغنيزيوم هي افضل علاج في سلس البول الطفلي حيث يشك في ان الودي العجزي متحسس .

ويعلل مارينيسكو فعل كبريتات المغنيزيوم المسكن بنقل شاردة المغنيزيوم التي نقصت في بناء الاعصاب حيث أجريت الحقنة . وقد اختار المؤلفان بعد اختبار طويل محلولاً نسبته ٢٠ ٪ من كبريتات المغنيزيوم النقية وليكن المحلول حديث التحضير ومعقماً بالتندلة (tyndallisation) يحقن الخلاء العجزي بـ ٥ — ٦ سم٣ من هذا المحلول . وهذا المقدار كاف لتخضيب الخلاء حتى الناحية القطنية كما استنتج من الاختبارات على الجثة حيث حقن بخمسة سم٣ من محلول زرقة المائيلين المثوي، فيستخلص من هذا ان كبريتات المغنيزيوم تبلغ اعصاب ذيل الحصان حيث الالياف الودية العجزية التي تشترك في تأليف الضفيرة الخثلية .

ويستحسن حقن الخلاء بعد ادخال الابرة بسنتمتر مكعب او سنتمترين مكعبين من محلول النوفوكايين المثوي تخفيفاً للألم الذي يحدثه الحقن بكبريتات المغنيزيوم ثم يحقن بمحلول المغنيزيوم بعدها (٥ — ٦ سم٣) ويترك المريض على المنضدة زهاء ربع ساعة ريثما يكون السائل قد انتشر في القناة العجزية . وتعاد الحقنة كل ثلاثة ايام بالمقدار نفسه وعدد الحقن تابع لشدة الحكة وقدمها وهو في الغالب ٤ — ٥ حقن وقلّ ان يبلغ ٧ — ٨ حقن . فتأخذ الحكة في الخفة وتحسن حالة المريضة المعنوية وتثق بطبيبها بعد ان تكون قد يئست من الشفاء لخيبة المعالجات الاخرى .

وقد شكت بعض المريضات صداعاً وألماً قطنياً او الماً في مكان الحقنة غير ان هذا عارض وسريع الزوال ، ولم تطرأ عوارض ذات بال بعد هذه الحقن

واذا اختلفت الآراء في تعليل فعل المغنيزيوم فلا تختلف النتائج التي كانت حسنة ومدعاة الى الحث على استعمال هذه الطريقة الناجعة م . خ .

معالجة الشلل الطفلي بـكلورات البوتاس

استعملت كلورات البوتاس منذ مدة في معالجة الشلل الطفلي واليكم طريقة استعمالها :
يعطى المريض في اليوم عشرة سانتيغرامات كلورات لـكل كيلو من وزنه وتذاب الـكلورات في محلول وتعطى على ١٢ جرعة ليلاً نهاراً كل ساعتين جرعة
فاذا كان وزن الطفل ١٥ كيلو غراماً يوصف له

كلورات البوتاس	١،٥٠ غم
شراب	٤٠ »
ماء ك ك	١٨٠سم٣

واذا كان وزنه ٢٠ او ٢٥ او ٣٠ كيلو غراماً يعطى من الـكلورات ٢ او ٢،٥٠ او ٣ غم واما كمية الماء والشراب فلا تتبدل

ملاحظات ذات شأن :

١ً — يجب الاسراع في المعالجة منذ اثبات التشخيص والفلوج التي تـكون قد بدأت تخف وتأخذ في الشفاء

٢ً — اذا كان الطبيب قد استدعي متأخراً واذا كانت العفونة شديدة تضاعف جرعة الـكلورات في الساعات الاثنتي عشرة الاولى فيبقى المحلول كما كان ويعطى الولد منه ملعقة كبيرة كل ساعة عوضاً عن الساعتين .

ومتى مرت اثنتا عشرة ساعة يرجع الى ملعقة في كل ساعتين .

٣ً —قد يتردد الصيدلي في تركيبه العلاج لارتفاع مقداره فعلى الطبيب ان يكتب مقدار الـكلورات بالاحرف لا بالارقام

٤ً — يلح الطبيب المعالج على اهل المريض باستعمال العلاج بانتظام كل ساعتين ليلاً ونهاراً لان قطع العلاج كما اثبت الاختبار خطر العواقب .

٥ً — يثابر على العلاج ٥ — ٦ ايام ريثما تكون قد هبطت الحرارة الى الدرجة الطبيعية

استعمال طريقة نيني (Ninni) في تشخيص السل البولي

ان تلقيح القبعة بالمواد المرضية هو خير الوسائط لـكشف عصية كوخ في هذه المواد غير ان محذوره الوحيد هو الوقت الطويل الذي يستلزمه . فان انتظار شهر او اكثر واجب قبل التضحية بالقبعة اذا لم تكن قد ماتت في خلال هذه المدة بآفة اخرى .

ويحقن نيني منذ السنة ١٩٢٩ بالمادة المشتبه بها عقدتا العنق اللنفاويتان في القبعة .وتقع هاتان العقدتان الى جانبي الرغامى في منتصف المسافة بين القص والفك وحجمهما كحبة القمح .

فبعد تطهير الجلد وشقه تكشف أحدى هاتين العقدتين وتحقن بابرة دقيقة بعشري السم[٣] او ثلاثة اعشاره من المادة المشتبه بها ثم تطمر العقدة في الشحم ويغلق الجرح بمخلب او مخلبي ميشال . فيشفى الجرح في خلال ٤ ٦ ايام بلا اختلاطات .

وبعد ان تمر ٨ — ١٥ يوماً على التلقيح والافضل عشرة ايام تكشف العقدة ثانية وتستخرج ويفتش فيها عن عصية كوخ

ولهذه الطريقة السهلة عدة حسنات :

١ً — يحقن النسيج اللنفاوي مباشرة بعصية كوخ التي تحب هذا النسيج .

٢ — تتصفى المادة من الجراثيم الاخرى لتغلب عصية كوخ فيها حتى ان العفونة الثانوية قد لا تحدث

٣ — كلما ماتت الجراثيم المرافقة اسرع نمو عصية كوخ حتى ان التلقيح يصبح بمثابة مستنبت لهذه العصية

٤ — الطريقة حساسة حتى ان الحقن بقليل من المادة المشتبه بها كاف لـكشف عصية كوخ ولو كانت هذه العصية خفيفة كما في الذئبة .

٥ — واكبر حسنة لهذه الطريقة سرعتها . وقد استعملها اوفينيه في كشف عصية كوخ في البول . فكانت خير وسيلة في تشخيص سل الجهاز البولي

م . خ .

❀❀❀

درس اختباري عن دوران الاطراف المعيض

ان الغاية التي ترمي اليها في يومنا المعالجة الصائنة للاطراف متى طرأ عليها اضطراب سببه انسداد الشرايين هي انماء الدوران المعيض .

وقد جاءت ثلاث من الطرق الجراحية المستعملة في معالجة التهابات الشرايين بالبرهان الدامغ على فائدتها : قطع الكظر الذي اشار به اوبيل في التهاب الشرايين الشعرية الخثري تخفيفاً لفعل الادرنالين القابض للعروق ، وقطع الودي حول الشريان القطني ، وقطع الشريان الذي يفعل فعلاً معتنفاً بتنشيطه الدوران التفاغري .

وقد بينت تحريات ليريش وفونتان وستريكر وغيرهم واعمال ادسون السريرية والاختبارية ان استعمال هذه الطرائق في المعالجة مستطاع .

فقد اقترح ليريش مؤخراً تخضيب الودي القطني بالنوفوكايين لاختبار نتيجة قطع الودي حول الشريان والاستعاضة به عن استئصال السلسلة القطنية كلما بدت هذه العملية خطرة . ويستعمل هذا التخضيب في التناذرات الشريانية ولا سيما متى لم يكن قطع الودي حول الشريان جائزاً (في المرضى المسنين، والمزدادة بولة دمائهم ،والسكريين، والمنفضجين والمقلوبين) سواء اكان وحده او أشرك مع توسطات اخرى .

ويشير ليريش في بعض من المرضى اشراك العمليات الودية مع التخضيب بالنوفوكايين وحقن الشريان به .

وقد استعملت اختبارات في معالجة التهاب الاوعية الشعرية الخثري لتحسين الدوران في الاطراف بقطع الاعصاب الحشوية او بقطع هذه الاعصاب واستئصال العقدة القطنية الاولى معاً (ليريش)

وقد جرب بالاختبار باريارا وروودريغ وكارفالهو الذي تنقل عنهم هـذا البحث فعل هذه الطرائق المختلفة التي ترمي جميعها الى تحسين الدوران في الاطراف . فاجروا في الكلب اربع سلاسل من الاختبارات ، فبعد ان سدوا الشرايين الفخذية السطحية اثروا

في دوران الاطراف المعيض بفطلهم في الودي القطني او بحقنهم الشريان بالنوفوكايين او بقطع الاعصاب الحشوية وقد استعملوا في درس تبدلات الشرايين التالية لهذه العمليات طريقة رسم الشرايين.

١ً — قطع العقدتين الاولى والثانية القطنيتين اليسراوين : بعد ان سدّ المختبرون الشريانين الفخذيين السطحيين بربطهما في عدة اماكن منذ منشإ الشريان الفخذي العميق حتى منشإ الصافن قطعوا العقدتين الاولى والثانية الوديتين القطنيتين اليسراوين ونزعوا ايضاً الحبل المعترض بين هاتين العقدتين. وقد درس فعل هذا التوسط في الدوران المعيض المتكون بعد سدّ الشريان الفخذي السطحي واوضح برسم شرايين الطرفين الخلفيين .

فبعد ان مرت ٤٥ دقيقة على قطع العقدتين القطنيتين تحقق ان الدوران المعيض في الطرف المبضوع أخذ في النمو ثم في الشدة ساعة فساعة . وبدا تفاوت يذكر بعد ساعتين بين عدد شرايين الطرف الذي لم يبضع وحجمها وشرايين الطرف المبضوع . وبعد انقضاء ثلاثين ساعة كان الفرق جسيماً في الدوران المعيض ليس بين الطرف السليم والطرف المبضوع فحسب بل بين ما حدث في الساعة الاولى وما تمّ في الساعة الثلاثين في الطرف المبضوع نفسه . فان بين الفروع الانتهائية للشريان الفخذي العميق والشريان الخثلي وفروع الشريان المأبضي تكونت شبكة وعائية مؤلفة من اوعية دقيقة سائرة في اتجاه محور الفخذ . وبعد انقضاء ستة عشر يوماً تحقق ان عدد اوعية الدوران المعيض لم تتبدل في الطرف المبضوع وان قطر بعض من الاوعية المعيضة قد ازداد فكان همزة وصل بين الفروع الانتهائية لشرايين جذر الفخذ والفروع المعيضة للشريانين المأبضي والظنبوبي .

٢ — تخضيب العقدتين القطنيتين الاولى والثانية بالنوفوكايين : خضب المؤلفون في اختبارهم الثاني العقدتين القطنيتين الاولى والثانية اليسراوين بالنوفوكايين فحقنوا العقدتين نفسيهما والنسيج الضام المحيط بهما بمحلول مئوي من النوفوكايين بعد ان ربطوا في عدة اماكن الشرايين الفخذية السطحية كما في الاختبار الاول . وراقبوا الحيوان بعد انقضاء ٤٥ دقيقة على هذا العمل وطيلة ١٠٦ يوماً ، فلم يبدُ برسم الشرايين اقل فرق بيّن في الدوران المعيض بين الطرف السليم والطرف المخضبة عقده غير ان بعض الفرق بدا بعد مرور ساعة على التخضيب واتضح الفرق منذ الساعة الثانية حتى الساعة السادسة وازداد وضوحاً

بمرور الوقت وفي اليوم السادس عشر كان الفرق بيناً بين الدوران المبيض في الجهة المخضبة والدوران المبيض في الجهة التي لم تخضب .

٣ — حقن الشريان بالنوفوكايين : راقب المؤلفون الحيوان طيلة ثلاثة وثلاثين يوماً بعد حقن شريانه بالنوفوكايين وتحققوا برسم الشرايين فعل النوفوكايين الموسع للاوعية فوق قطعة الشريان المربوط ومنشإ الفروع المبيضة .

فبعد ان ربطوا الشرايين الفخذية السطحية في عدة اماكن حقنوا منشأ الشريان الحرقفي الظاهر الايسر بخمسة الى عشرة سم٣ من محلول مئوي من النوفوكايين وصنعوا عدة رسوم بعد مرور ساعة على الحقن حتى اليوم الثالث والثلاثين فثبت لهم ان الدوران المبيض لم يتبدل بعد انقضاء ساعة حتى بعد انقضاء ٣٣ يوماً .

٤ ـ قطع العصبين الحشويين في جهة واحدة : قطع المؤلفون في ١٩ حيواناً العصبين الحشويين الكبير والصغير الايسرين بعد ان ربطوا الشرايين الفخذية السطحية في الطرفين ودرسوا برسم الشرايين نمو الدوران الشرياني المحدث طيلة المدة منذ انقضاء ٤٥ دقيقة حتى احد عشر شهراً ونصف الشهر واليكم النتائج :

لم يظهر فرق واضح في نمو الدوران المبيض بين الجهة السليمة والجهة المقطوع عصباها الحشويان كما استنتج من فحوص الرسوم التي اخذت في اوقات مختلفة منذ الدقائق الاولى حتى الشهر الحادي عشر والنصف فيستخلص من هذا ان قطع العصبين الحشويين لا يؤثر اقل تأثير في انماء الدوران المبيض في الطرفين الخلفيين .وربما نما الدوران المبيض في الجهتين معاً في هذه الحيوانات فلم يبدُ فرق واضح بعد قطع الاعصاب الحشوية .

٥ ـ مقابلة هذه الطرق الاربع السابقة المختلفة (قطع الودي حول الشريان القطني وتخضيب القطني بالنوفوكايين ، وحقن الشريان بالنوفوكايين ، وقطع العصبين الحشويين) في انماء الدوران المبيض في الاطراف :

بعد ان تربط الشرايين الفخذية السطحية في اماكن عديدة وتستأصل العقدتان الاولى والثانية الوديتان القطنيتان او تخضبان بالنوفوكايين يبدو بعد التوسط بساعة في الطرف المقابل للجهة المبضوعة دوران مبيض اوفر من الطرف المقابل .بيد ان حقن الشريان الحرقفي الظاهر الايسر بالنوفوكايين او قطع العصبين الحشويين لم يفض الى اقل تبديل في الدوران المبيض.

ويزداد الدوران المعيض وضوحاً بعد ساعة ونصف الساعة او ساعتين من التوسط على العقدتين الحرقفيتين . بيد ان ازدياد الدوران لا يكاد يتضح في خلال هذه المدة بعد حقن الشريان بالنوفوكايين او قطع العصبين الحشويين

وبعد انقضاء ست ساعات يصبح الدوران المعيض بعد استئصال العقدتين اكثر منه بعد تخضيبهما . ولا يكاد يزداد الدوران بعد حقن الشريان بالنوفوكايين او قطع العصبين الحشويين . وكلما مرّ الوقت وبعدان تأتي الساعة الثلاثون يزداد ما ذكرناه وضوحاً وكذلك القول بعد مرور ستة عشر يوماً حتى احد عشر شهراً ونصف الشهر .

النتيجة

١ً ـ ان استئصال العقدتين القطنيتين هو انجع العمليات في انماء الدوران المعيض في الطرفين السفليين .

٢ً ـ ان تخضيب العقدتين بالنوفوكايين يعادل فعله استئصال هاتين العقدتين في الساعات الاولى غير ان الاستئصال يفوق التخضيب بعدئذ .

٣ً ـ ان حقن الشريان بالنوفوكايين قد يحدث في بعض من الحادثات ازدياداً قليلاً في الدوران المعيض غير انه في الغالب لا يحدث اقل تبديل

٤ً ـ ان قطع العصبين الحشويين لا يفضي الى اقل تبديل في دوران الطرفين السفليين المعيض

م . خ .

❀❀❀

الجمعية الطبية الجراحية في دمشق

جلسة الثلثاء ١٢ كانون الاول ١٩٣٩

عقدت الجمعية الطبية الجراحية جلستها العامة وبعد قراءة محضر الجلسة السابقة قرأ خازن الجمعية العليم شوكة القنواتي تقريره عن واردات الجمعية ونفقاتها في السنة الماضية وهذا نصه :

تقرير الخازن

كان في صندوق الجمعية في نهاية السنة ١٩٣٨ (٥٠٤) ليرات سورية و (٤٢) قرشاً سورياً ، وزيد عليه في خلال السنة ١٩٣٩ (٥٢) ليرة سورية لقاء (٢٥) بدل اشتراك ورسم انتساب واحد، فاصبح مافي الصندوق حتى ١٢ كانون الاول من السنة ١٩٣٩ (٥٥٦) ليرة سورية و(٤٢) قرشاً سورياً ، وقد دفع من اصل هذا المبلغ (١٥) ليرة سورية الى موزع الجمعية السيد توفيق شاكر لقاء توزيع المخابرات عن السنة الحالية فاصبح المبلغ الباقي في الصندوق (٥٤١) ليرة سورية و (٤٢) قرشاً سورياً .

* * * *

تم نهض امين السر العام بالوكالة العليم جمال الدين نصار لتغيب امين السر العام العليم شابو والقى التقرير السنوي عن اعمال الجمعية في خلال السنة المنصرمة وهذا نصه :

تقرير امين السر المعاون

سادتي الاعزاء

لقد قضت الظروف العالمية الحاضرة ان انوب عن صديقي الدكتور شابو بالقاء الكلمة التي اعتاد السكرتير العام ان يلقيها على حضراتكم في كل سنة. ولكن انّى لي فصاحته وحسن بيانه وسرعة خاطره ، هذه المواهب التي حرمتنا منها هذه الحرب كما حرمتنا مواهب كثير

من رفاقه الذين كانوا يسدون الى هذه الجمعية اكبر الخدم واسماها .

فاليه والى زملائه ورفاقه الذين يناضلون في سبيل الحرية والانسانية ابعث بتقديري واعجابي واحتراماتي

سادتي : يسرني جداً ان ابين لكم ان جمعيتنا كانت في هذا العام الذي نشيعه اليوم مثالا ناطقاً للهمة والنشاط وقد كان دأب اعضائها وديدنهم انتقاء المواضيع المفيدة الغميسة ، التي تجعل للجمعية مركزاً علمياً محترماً

فقد قدم في القسم الجراحي : حادثة التهاب وريد ازرق، وثلاث مشاهدات في جراحة الاعصاب، وحادثة جرح صدري بطني بمرم ناري، والتهاب المشكلة الحاد النزفي والجليل، وخراج الكبد وكيس مائي، ومعالجة جراحية لكسر نادر في نهاية العضد السفلي ،وحول تثبيت المعدة، وحصيات المثانة في الرضع، والتهاب محيط الاحشاء اللاصق، وقولون متحرك، وكيف ينظرون اليوم الى كيسات الركبة القرصية

وفي قسم الامراض الباطنة : حادثة سهام وتناذر آران دوشان، وبعض تحريات عن الوراثة ، وعيلة مصابين بآفات عضلية ، وحادثة رئية مفصلية مزمنة تحسنت بنزع نظيرات الدرق ، وحادث تسرب الهواء الى النسيج الخلوي في انتفاخ الرئة ، وبيلة كلسية سببها افراط تناول المحرض D ، وهذيان الغيرة مع مداواته الناجعة بالكارديازول

وفي قسم الاختصاص : حادثة هرع في عقب شفع ناشىء عن شلل العصب الاشتياقي المعصب للعضلة المنحرفة الكبيرة للعين اليسرى، وحادث اتنان عام في عقب بذر صناعي وحادث تمزق رحمي في اثناء المخاض . وقد كنا نود لو كانت العلاقة التي ذرّ قرنها بين جمعيتنا وجمعية بيروت الطبية امتن واشدّ ولو كنا على اتصال اوسع بالجمعيات الطبية السورية الاخرى التي تجمعنا واياها غاية واحدة هي انهاض الطب ونشر الثقافة وقد نظرت الجمعية في كثير من الآمور الادارية وطلبات الانتساب فأقرّت ما وافق برنامجها ورفضت ما خالفه .

سادتي : لي امنية بسيطة اتقدم بها نحو زملائي ذوي الاختصاص بالشعب المختلفة فانني ارجو منهم ان يكون عدد مشاهداتهم اكثر مما قدم في السنة الماضية وان يجاروا شعبتي الجراحة والطب في هذا الباب لئلا تمنى الجمعية بالفقر من هذه الابحاث الهامة في العام

المقبل وليس ذلك عليهم بعزيز .

وختاماً اشكر حضرة الرئيس الذي كانت تسير الاعمال بفضل اشرافه احسن السير وزملائي الذين كان لمساعداتهم واندفاعهم وتشجيعهم اكبر الاثر في تسهيل هذه المهمة الشاقة والسلام عليكم .

* * * *

وعقبه على الاثر رئيس الجمعية العليم منيف العائدي فلفظ الخطاب التالي :

خطاب رئيس الجمعية السابق

زملائي الاكارم :

في هذا اليوم تقضي جمعيتنا الطبية الجراحية سنتها الخامسة وتستقبل عامها السادس ، هذا العام الذي يختلف عن الاعوام السابقة بالنظر لما يقوم في العالم من ويلات وشرور فالى استقبال هذا العام بارادة وعزم ادعو خدام الانسانية الامناء الى تخفيف ويلاتها ومضاعفة الجهود وبذل اقصاها لتخفيف ويلات البائسين ورحمة المساكين .

ايها السادة ان جمعيتنا التي غايتها خدمة العلم والانسانية والتي هي وحدة بمراميها يترتب عليها القيام بقسط وافر من الاعمال التي تخفف هذه المصائب وانه ليصعب عليها الاكتفاء بخدماتها العلمية . بل يجب عليها توسيع افقها فتقوم بخدمات اجتماعية انسانية واسعة فتحدث لها فروعاً في مختلف البلدان السورية لتخدم الغاية نفسها وتتكاتف جميعها لدرء الخطر المداهم لبلداننا العزيزة وما اكثر ما اتمنى لو عالج زملائي الكرام المواضيع التي تناسب كثيراً الوضع الحاضر وعدم الاكتفاء بنشرها في مجلة المعهد الطبي بل في مختلف الطرق فتسدي بذلك خدمات كبيرة نرى ان من واجبنا القيام بها

سادتي، ان هذه الاعمال التي ارجو القيام بها ليست بالاعمال العظيمة على جمعية فيها امهر اطبائنا واقدرهم على القيام بمشاريع كبيرة كهذه ومما يجعلنا اكثر ثقة وايماناً بتحقيقها هو ما يعرفه كل منا من شدة مراس رئيسها المقدام الاستاذ خاطر يساعده الغيورون الذين بمؤازرتهم يقومون بما ترغبون فيه وقبل ان اختم كلمتي هذه اسمحوا لي سادتي بشكركم

جميعاً على مؤازرتي طيلة السنة الغابرة وان اشكر رجال المكتب الذين كان لجهودهم اكبر الأثر في تسهيل مهمتي وارسل تحية الى اخواني الذين اشتركوا في اعمال جمعيتنا هذه وكانوا غائبين عنا والسلام عليكم

* * * *

ثم انتخب اعضاء الادارة بالاقتراع السري فكانت النتيجة ما يلي :

الرئيس العليم مرشد خاطر

نائب الرئيس « ترابو

امين السر العام « شارل

معاونا امين السر « عزة مريدن

« منير السادات

امين الربائد « عبد الغني المحملجي

وانتصب اخيراً الرئيس الجديد العليم مرشد خاطر فالقى الكلمة التالية :

ايها السادة

لم نكن لنظن ان جلستنا السنوية ستعقد ، والحرب مستعرة الأوار ، بل كنا نؤمل ان السلام سيظل مرفرفاً بجناحيه على العالم .

لقد اثبتت التجربة ان العلم والاضطراب لا يجتمعان لان العقل لا يستطيع استخدام قواه الا اذا اطمأنت النفس وتبددت الهواجس.والجمعيات العلمية ، وقد تألفت من افراد تربطهم بالبيئة التي يعيشون فيها روابط وثيقة ، لا تقوم بمهمتها حق القيام الا اذا ساد الأمن حولها وهدأت خواطر افرادها ولا سيما ما كان منها كجمعيتنا التي تألف عقدها من اعضاء مختلفي الجنسيات والمواطن ، من افراد على الرغم من تباين مشاربهم وعاداتهم قد اتفقت كلمتهم على رفع مستوى الطب واعلاء شأنه في هذا القطر .

غير اننا ، والجهر بالحقيقة واجب ، لم نشعر حتى الآن بفضل الجيوش الفرنسية التي وطدت الامن وجعلت من هذه البلاد معقلاً منيعاً ، بوطأة هذه الحرب التي يمتد سعيرها من مكان الى آخر . واننا لنرجو بقاء هذه الحالة فتسمع اذاننا باخبار الحرب وعيوننا بعيدة عن رؤية ويلاتها .

واذا اجمنا ، والحالة كما ذكرت ، ووقفنا اعمال جمعيتنا والسلام لا يزال مخيما على ارجائنا والسكون لا يفتأ مرفرفاً على نفوسنا نكون قد اسأنا الى العلم والى الجمعية التي عهد الينا بادارة شؤونها

واذا كان صحيحاً قول الشاعر العربي « مصائب قوم عند قوم فوائد » حق لنا ان نتمثل به في مثل هذه الايام العصيبة على ممالك اوربة وان نستفيد من مصائب هذه الحرب التي حولت الينا تياراً من العلم والثقافة . فقد بعث الينا التجنيد العام في فرنسة بعلماء اعلام كانوا منذ شهور قليلة خلت يشغلون في معاهدها ومستشفياتها أعلى المناصب العلمية وارفع المراتب الثقافية . فلنستفد من علمهم الجم واختبارهم الكبير ولنسألهم ان يتفضلوا بحضور اجتماعاتنا فتزدهر جلساتنا بمعارفهم وترتوي بفيض معلوماتهم وتكتسب منهم رونقاً كادت الحرب تذهب به وتأتي عليه .

وقبل ان استلم مقاليد الرئاسة التي شئتم لطفاً منكم وكرماً ان تسندوها الي اسمحوا لي ان اوجه الى كل منكم ايها الزملاء الكرام اخلص عواطف شكري وفائق امتناني واني اشكر بالنيابة عنكم وبالاصالة عن نفسي رئيسنا السابق الاستاذ منيف بك العائدي الذي ادار بحكمة فائقة وسداد نادر جلسات جمعيتنا طيلة السنة الماضية وكان لنا مثالاً يقتدى في الدقة وحسن الادارة .

وليذهب شكري واعجابي ايضاً من هذه القاعة على اجنحة الاثير الى امين سرنا العام الدكتور شابو الذي دعاه واجب الوطن فلباه طائعاً قبل انقضاء مهمته عندنا وحرم جمعيتنا ثمار جده وتوقد ذكائه .

وارجو الآن من اعضاء الادارة الجدد ان يأخذوا مناصبهم وارفع اليهم التهنئات الحارة بالثقة التي وضعها زملاؤنا الكرام بهم والسلام عليكم سادتي

❀❀❀

التقليد



للعليم عارف صدقي الطرقجي
مساعد في المعهد الطبي العربي
وخريج مؤسسة الطب الشرعي والامراض النفسية

٢ — المبالغة

بين التقليد الطبيعي الارادي الذي كله تصنع واختلاق، والتقليد المرضي النفسي الذي كله مرض ، حالةوسطى تتراوح بين الاول والثاني وتجمع بينهما بنسبة تزيد حتى يصبح صاحبها مقلداً مدعياً او تنقص حتى يعد مريضاً حقيقياً . هذه الحالة هي حالة المبالغين .

المبالغة يعرفها الاطباء في مرضاهم دون ان يكون لهؤلاء المرضى غاية او منفعة مادية يرمون اليها . فمن حين الى آخر يصادفون مريضاً ، اصطلحوا على تسميته حساساً ، يكبر مصابه ويجعل الحبة قبةفيدعي ان كل عضو من اعضائه يؤلمه ، ويتوجع لكل مس او جس . ومن المرضى من يفعل هذا عفواً . ومنهم من يبالغ في اظهار ألمه واصابته لقصد غايته حمل الطبيب على اتقان فحصه .

ولكن اطباء الشرع والاطباء الخبراء يشاهدون نوعاً آخر من المبالغة هو المبالغة المغرضةالتي يصطنعها المفحوص ليجرّ لنفسهمغنماً او يوقع خصمه فيغرم . وهذه المبالغة على اشكال : فمنها المبالغة المقصودة التي يعمد اليها المفحوص دون دخل لعامل مرضي يخلقها فيه ، ومنها المبالغة غير المقصودة التي تسببها حالة هرعية (هستريائية) مرضية ، ومنها المبالغة المقصودة التي يشوبها عنصر مرضي فهي غرض ومرض .

١) والمبالغة المقصودة غير المرضية هي اكثر ما يبتلى به اطباء الشرع ، فليس على المفحوص المغرض الذي تتأكل كبده حرقة على خصمه اسهل من تعظيم اصابته والاغراق

في وصف آلامه. والذكي من هؤلاء من يحسن الختال والمخادعة ويتعب الطبيب الفاحص كثيراً وقد لا ينتبه الطبيب لخداعه او يعجز عن اثبات تصنعه ولو لم تتفق الاعراض الشخصية التي يدعيها مع الاعراض السريرية والاختبارات المخبرية . وما اكثر الافات التي تتراءى باعراض شخصية يعانيها المصاب قبل ان تتجلى بشكل سريري واضح ، فهذه الآلام " حة التي تسببها اورام عصبية اصغر من ان يدركها الاستقصاء ، وهذه التعفنات التي تولدها بقايا غبار معدنية ادق من ان تكشفها الاشعة . وهذه صدمةرضية لا تترك اثراً في الجلد او العظم ، ان هذه وامثالها تحمل الطبيب ذا الوجدان الحي المحترم لنفسه ولحقوق غيره ، في حيرة كلما عرض له مصاب شكواه تتعدى ظواهر اصابته .

والحق ان الامر اعسر من ان يبت به على ما يرضي الحقيقة دوماً ، والا فمن اين لنا التأكد من شدة ألم او اي ظاهرة نفسية اخرى ؟ زد على هذا ان هذه المشاعر تختلف عادة من شخص الى آخر ، فبينا نجد احدهم يصرخ ويتألم ، ويندب ويشكو ، لأقل الاسباب ، نجد آخر بثبات الجبل وهدوء البطل ، تأله انين وشكواه صبر وكلام قليل ، قد علموه في الصغر ان كثرة الشكوى تزري ، ولا تليق بالرجال . وحيرة اطباء الشرع والخبراء في هذا وفي ذاك سواء .

٢) واما المبالغة المرضية فلنا في الهرع الرضي مثال عليه مشهور : عامل ذو ثقافة محدودة وميل الى نفخ الكلام . يصاب برض في كتفه ، هذا الرض كفى بشدته ليحدث كدمة ظاهرة وليولد ألماً يحدد من حركة الطرف المصاب عدة ايام ، ولكنه لا يحدث آفات دائمة ولا تغيرات تشريحية تؤثر في مستقبل العضو المرضوض. تمضي ايام وتتبعها اخرى وكل آثار الرض السريرية قد زالت ، وكان العرف الطبي يقضي على مصابنا بان يشفى ، ولكنه لم يشف ، ولكنه لا يزال يمسك طرفه ويتألم ، واذا بصاحبنا كأنه في يوم رضه الاول يشكو ما كان يشكوه . وبالتحقيق وبالتدقيق تأكد ان المصاب لا يصطنع الألم ولا يتكلف تحديد حركة طرفه وانما هو صادق في كل ما يقوله ويشعر به وتبين ان نوعاً من الايحاء الذاتي قد اثر في قرارة نفسه فجعله يشكو وصنع منه مريضاً ابداً .

هذا النوع من المبالغة المرضية يعرفه اطباء الشرع وغير اطباء الشرع وليس تشخيصه

على الطبيب المدقق بعزيز .

٣) واما النوع الاخير من المبالغة فهو ما يتضافر فيه الغرض والمرض . واليك مثالاً لايضاحه :

مارّ داهمته سيارة فصرعته ، فقام ينفض الغبار عنه وذهوله أكبر من ألمه . مضت ساعة سكن فيها روعه واخذ يعود الى نفسه وهو يفكر في الخطر العظيم الذي نجا منه بفضل الاقدار . ثم ساوره الشعور باحساسات مختلفة ، صداع خفيف وحس تعب غامض . . فذهب الى البيت حيث تهافت عليه اهله وجيرانه يسألونه عن حادثته المخيفة وعن الخطر الكبير الذي كاد يودي به . هذا يسأله عما اذا كانت دواليب السيارة تركت فيه اثراً ، وذاك يروي حادثة مشابهة لا يزال غريمها يعاني آلامها . . ولا يحتاج صاحبنا ، اذا كان مسناً او ضعيف النفس او فيه بعض سوابق ألمية او تشوشات هضمية الى اكثر من ذلك ليشعر بالآلام تظهر في جميع انحاء جسده .

ويأتي دور الطبيب الشرعي الذي سيعين مقدار الاصابة والتعويض الذي يدفعه صاحب السيارة . واذا به مبلغ ضئيل لايناسب بنظر المدهوس الروع الذي اصابه ولا يقوم بنفقات تطبيبه ، فيحتج على هذه المعاملة . . وينصحونه باستئناف فحصه من قبل اطباء آخرين . . .

وتصبح هذه الحادثة شغله وشغل اهله الشاغل ، وكلما الح بطلب انصافه والتعويض عليه الحت العوارض المرضية المختلفة بالظهور فيه ، فهو لا يبالغ فقط في وصف هذه الاعراض التي شعر بها عقب الصدمة بل ان الصدمة حركت فيه كامن الامراض فاصبح مسرحاً لكثير منها بل اضحى قليل المقاومة وتبدل شخصاً آخر لا يقوى على شيء ، واهل بيته وذووه ، واهتمامهم بالتعويض المنشود ليس اقل من اهتمامه ، يعلمون هذا ويشهدون عليه ويكررونه في كل يوم للغادي والرائح .

وتمضي ايام وصاحبنا لم ينصف في اعتقاده ، فاذا هو في طور جديد يهدد ويتوعد بعد ان اعياه التطلب . ولسوء الحظ كثيراً ما شوهد وقوع امثال هؤلاء في الجرائم قبل ان يشفوا مما بهم .

فالمصاب كما رأينا يمر باطوار مختلفة فينتقل من الرض الى الذهول فالى الايحاء النفسي او الخارجي فالى التقليد وينتهي بالتشوش النفسي والتطلب ثم بالوعيد والتهديد .

واطباء الشرع ومن يوكل اليهم امر فحص امثال هؤلاء المصابين مختلفون كل الاختلاف في الحكم عليهم ، فبعضهم يراهم متصنعين قد طغى غرضهم على المرض فهم مستحقون بنظره كل شدة في الحكم والمعاملة ، وبعض آخر يراهم مرضى معذورين ، ويقول ان الامور بغاياتها وصحيح ان الرغبة في التعويض لها اثرها في حالة المصاب ، ولكنه صحيح ايضاً ان هذه الرغبة تحولت مع الظروف والزمن الى عامل مرضي نفسي هو الذي يصبغ هؤلاء بصبغته القاهرة فمعاملتهم بالحسنى اولى واعدل ،

واي النظريتين كانت احق فقد ثبت ثبوتاً لا مرية فيه ، ان التعجيل في صرف التعويض للمصاب وحسم قضيته بصورة لا تقبل المراجعة ولا يطمع معها زيادة خير ما يعمل لشفائه اللهم اذا بودر الى ذلك قبل ان يستفحل الداء ويستعصي على كل دواء .

٣ — التقليد المرضي

هنا ننتقل الى عالم جديد اكثر المصابين به ضعفاء العقول ومعتوهون بله مهسترون واصحاب مزاج وجداني (constitution émotive) ومتطلبون (revendicateurs). ولا تتسع هذه الكلمة للوقوف عند كل من هؤلاء المرضى، فهم فروع الامراض النفسية وليسوا مقصودين بالذات في بحثنا .

١) وقد رأينا في المثال السابق حالة المتطلب .

٢) اما الهيستريا فالتقليد فيها منذ شركو ومدرسته معروف . واليوم بعد بحوث بابنسكي التي ابعدتها عن زمرة الامراض العصبية واعادتها الى حظيرة الامراض العقلية زادت العلاقة بين الهيستريا والتقليد وضوحاً بل كاد يكون التقليد احد معاني الهيستريا وها هو الحد الحديث للهيستريا يعلن ذلك : الهيستريا حالة مرضية خاصة تتصف باضطرابات اولية تمكن تسميتها بالأعراض الاصلية (كالفلوج والتقفعات والنوب الاختلاجية و ..) ، وباضطرابات ثانوية هي الاعراض اللاحقة (كالحمى وتغيرات مقياس الضغط والبرودة الموضعية و ..) ، والذي يميز الاعراض الاصلية هو امكان ظهورها بالايحاء وزوالها بالاقناع ، اما الاعراض اللاحقة فترتبط ارتباطاً وثيقاً بالاولى ولكن الايحاء والاقناع لا يقويان مباشرة على خلقها او ازالتها. وظاهر من هذا الحد ان الايحاء هو

العامل الاولي في الهيستريا . والايحاءُ والتقليد متلازمان ، ومن قال ايحاءً قال تقليداً .

٣) وقبل ختام الكلام نقول لهؤلاء المرضى بعقولهم ، المتألمين من الحياةواهلها الضائقين ذرعاً بانفسهم ومحيطهم ان تربية الاطفال ورجولة الرجال تقاس بالقدرة على كبت المشاعر والعواطف ، فالحب والبغض ، والفرح والحزن ، والغضب والرضى ، والامل والقنوط ، وكذا الخوف والالم ينبغي ان تكون بمقدار . ولكن ما الحيلة في نفر من الناس قد لا يخلو محيط منهم وليست وطأتهم على غير الاطباء باخف من وطأتهم على الاطباء ، حبهم جنون فاضح ، وحزنهم خمود قاتل ، وغضبهم هياج لا يدع ولا يذر .

هذه طبيعة الافراط الوجداني يعرف صاحبها بحمرة الخجل وصفرة الوجه ، يرتبك لسانه وينحني رأسه حياءً ، ويجف حلقه ويضيق صدره ويتصبب عرقاً لاتفه الاسباب . خجل ، يجتنب الجماعات ويحذر المعاشرة ، اذا كلم في امر حار في الجواب فيظنه مخاطبه عديم خبرة او قليل ذكاء . غضوب ، سرعان ما يشتاط غيظاً ولكن ما اسرع ما يعود الى نفسه اسفاً ، لجوج ، لا يعرف الهوادة في طلب ولا اللين في مسعى ، لا يثق بغير نفسه ويتولى جميع امره ، حياته ملأى بالخيبة فلا يفتأ يسعى الى الانفلات من نحسها ومتاعبها .

هذه طبيعة معروفة يمضي صاحبها مشغولاً بنفسه تائهاً في حدثه وتخمينه ، واذا بحادث فجائي يصيبه او خبر أليم يطرق سمعه ، فما كان حتى اليوم طبيعة واستعداداً انقلب مرضاً ، وما كان مزاجاً اصبح حالة نفسية مرضية تغمر صاحبها وتقوده بعنف وجبروت . عندئذ وفي هذا الطور ، يظن بصاحبنا التصنع والتقليد فيما يدعي وفيما يشتكي ، وما هو منها في شيء ، ان هو الا مريض حقاً ، يقول صدقاً ، ويعبر بقناعة واخلاص عما يخامر نفسه من احساس .

اذكر بألم ولوعة قصة صديق منكود : عرفته للمرة الاولى في المدرسة الابتدائية كما عرفه غيري هادئاً ساكناً لا يشترك في جد ولا في هزال ، واجتمعت به ثانية في فرنسة ولم تكن دراستي دراسته ولكن سكناي كانت قرب سكناه فلاحظت فيه ميلاً الى الانفراد وسمعت سائر اخوانه يشكون إعراضه وجوحه مما هو غير مألوف بين الغريب والغريب .

مضت شهور على هذا ، ثم ادهشتني زياراته المتوالية عشية وضحاها ، وزالت دهشتي

المستحضرات الاربعة الفنية بالحلبة(Fenugrec)

١ — بيوتريغون الزرنيخي : هو سائل مركب من :
(Biotrigon A) خلاصة الحلبة السائلة العديمة الرائحة والارنال والمغنيزيا

٢ — بيوتريغون الكلسي هو سائل مركب من :
(Biotrigon C) خلاصة الحلبة السائلة العديمة الرائحة وكلورور الكلسيوم

٣ ملبس بيوتريغون مركب من :
خلاصة الحلبة الجافة العديمة الرائحة، خلاصات الغدد، فوسفات الكلس

الاستطبابات :

بيوتريغون (ز) : الضعف العام ، فقر الدم ، ضخامة العقد اللنفاوية ، الارضاع ، الهزال ، والخ .

بيوتريغون (ك) والملبس : الادواء نفسها وعلاوة عليها السل الرئوي

المقادير : المركب السائل للكهول ملعقة كبيرة ٣ مرات في اليوم
للاولاد ملعقة قهوة ٣ مرات في اليوم

الملبس للكهول حبتان قبل كل طعام
للاولاد حبة قبل كل طعام

٤ — كاربو تريغون محبب

(Carbotrigon granulé)

هو البيوتريغون الكبدي

مستعمل في التهابات الامعاء والكبد وفي البرداء المزمنة وقصور الكبد ورمال المرارة والانسمامات الذاتية والتهابات الامعاء وهو خير مساعد لمياه فيشي المعدنية

جرعته : ٢ — ٤ ملاعق قهوة قبل الطعام

حينا علمت من تلويحه ثم من تصريحه انه كان يركب رأسه ويرخي لنفسه العنان بين الفينة والفينة .. وانه اصيب اخيراً بالزهري . ورأيت له ان خير ما يعمله هو المعالجة في المستشفى العام حيث تستعمل احدث طرق المداواة فاتبع نصحي ويا ليتـه لم يفعل . كان يرجع الي في كل مرة يذهب فيها الى المستشفى يسألني ويلح في النقاش . وجدت واحداً يداوونه كمداواتي تماماً وهو يحمل عقداً في رقبته ، وها هو الانتفاخ في رقبتي فهو من اعراض الزهري ، وبأي دور من ادوار المرض تظهر هذه العقد ؟؟ اليوم شاهدت امرأة حفرت القرحة ساقها وهي تتداوى من الافرنجي ، الا تظهر هـذه القروح في غير الساق وهذه البثرة في ظاهر يدي تكبر يوماً عن يوم وهي من المرض ولا شك ؟ اليوم ، كنت انتظر دوري . فجاءت عجوز عمل الزهري في فروة رأسها فرط شعرها واحتفر فيها اخاديد ، وانا الاحظ منذ اصابتي بهذا المرض الملعون سقوط شعر رأسي ، والله فضيحة ، الا يوجد ادوية اشد من التي يعطونني اياها ؟؟ قالوا سيتحرون تفاعل واسرمان في دمي فما كنه هذا التفاعل وما مدلوله ؟

وجاءت العطلة الصيفية واصبحت في بلد وهو في آخر، ولكن رسائله لم تنقطع يستعلمني ويستحلفني بها ان اخبره الحقيقة. وكانت في اثناء ذلك تعتريه الآلام المختلفة وتظهر فيه العوارض المتنوعة فمن تشوشات هضمية ، الى خفقـان ، الى يرقان ، الى الآم بطنية ، وقالوا يا دكتور ان هذه الآلام هي الآم الزائدة وهل الافرنجي يولد التهاب الزائدة ايضاً ؟ ؟ وكنت استعين عليه في كل مرة بفصاحة سحبان لأقنعه ان ليس فيه شيء مما يقول ، وانه يداوى خير دواء ، وانه اذا تعاطى العلاج بالصورة التي يراها اطباء المستشفى لا يخشى اختلاطاً ولا انتكاساً وكان يقتنع ويذهب للمستشفى ويرى جموع المرضى فيعود الي بقصة جديدة واعود اليه بشرح جديد .

اسودت الدنيا في وجه صاحبنا وبغضت اليه الحياة ، فترك الدرس والفحص ، ثم انتهى الى نتيجة غريبة هي الانتقام من بنات حواء: اريد ان أعدي اكبر عدد من هؤلاء الملعونات! واندفع ينفذ برنامجه الجديد باقدام ونشاط . ورأيته احوج الى النصح منه في اي وقت مضى ، فقلت واكثرت وضربت الامثال . ولكن هيهات : اموت ؟ دعني اموت ، لقد ايقنت انه لابد لي من ان اموت من هذا المرض الخبيث ، فاتركني انتقم ممن اصابني به . وافلحت

معه اخيراً . بعد ان ضوى جسمه وساءت حاله ، بتشبيه طريف ، قلت له تشتكي ايها الاخ هزالك وتندب قوتك ، وهل تريد غير ما تزيد طينتك بلة ؟ انك تعلم ولا شك ، ولست انا اول من يسمعك هذا الكلام ، ان جسم الانسان كالبرميل والصحة كالماء ، وهل يمتلىء البرميل ماء وحنفيته لاتنفك تنفتح ... واثر هذا المثال الابتر في مخيلته الكابية فاقلع عن المضي في تطبيق برنامجه ، ولكن الوساوس والامراض لم تفارقه طيلة وجوده في فرنسة .

قفلت راجعاً الى سورية فوجدته ، وقد عاد اليهاقبلي بعامين لأنه وقف في منتصف الطريق من اتمام دراسته ، كعهدي به متألماً شاكياً ساخطاً ، كل يوم هو في مرض ، قد ذرع ما بين حلب وبيروت ودمشق جيئة وذهابا يتردد على مشهوري اطبائها ويستعمل العلاج فوق العلاج فما يزداد غير حرقة ومرضاً .

وقست الظروف على هذا البائس المسكين فاصيب احد جيرانه بسرطان المعدة ، وكان المصاب يشكو اضطرابات هضمية وضعفاً عاماً فتبين بعد الاستقصاء ان فيه سرطانا . واذا بصاحبنا يشكو ايضاً اضطرابات هضمية وهو ايضاً نحيف ضعيف فلماذا لا يكون مصاباً بالسرطان ؟ ! فدوران جديد على الاطباء ورسوم كهربائية وتحريات مخبرية . وكلما اكد له طبيب انه سالم وانه لا شيء مما يظنه فيه تركه الى غيره . واعاد الفحص والتحليل الى ان ينتهي به الطبيب الجديد الى ما ينتهي اليه الاول ويسرع الى طبيب آخر وهكذا دواليك .

واما ان عمره ليس عمر ذلك الطاعن بالسن ، واما الفرق بين صفرته ونحوله وصفرة ذلك المريض ونحوله ، واما الاختلاف بين الاضطرابات الهضمية التي يشكوها وتلك الاضطرابات والآلام التي يشكوها المصاب بالسرطان ، واما ان الطبيب الذي شخص السرطان في جاره هو نفسه يؤكد له خلوه من هذه الآفة ، فهذه وامثالها اعتبارات لاتجد الى فهم صاحبنا من سبيل ..

واليوم يعيش هذا المسكين مريضاً متبرماً ناقماً على الطب والاطباء يلعن الارض والسماء

٤) وضعفاء العقول والمعتوهون والبله حياتهم كلها الا قليلها تقليد فنجتزىء بما تقدم ولا نطيل البحث .

واخيراً لابد من الخروج من هذا التعميم الى التخصيص ، فنأتي على اكثر هـذه الحالات المرضية كالكدمات والفلوج والصمم والعته و .. الخ التي يظهر بها هؤلاء المقلدون امام اطباء الشرع والخبراء والقضاة ، فنبين كيفية تشخيص كل منها ، والاصول الواجب اتباعها لمعرفة مقدار ما في ادعاء المفحوص في كل من هذه الاعراض والامراض من واقع وما فيها من تزييد . وهذا ما نفعله ولكن في كلمة ثانية ان شاءالله .

❀❀❀

أتكون الجراثيم سلاحاً في الحرب ؟

نشرت المجلات الطبية في هذه الاشهر الاربعة التي مرت على اعلان الحرب كثيراً من الابحاث التي لها علاقتها بالطب والحرب في آن واحد ومما بحثت فيه فن الجراثيم وما اذا كان سيستخدم في الحرب الحاضرة كاداة فتاكة في الجيوش المتحاربة والسكان الآمنين ويستنتج من هذه الابحاث ان هذه الاداة التي يخافها الكثيرون لا يخشى ضررهـا لان الوباء لا يظهر الا اذا توفرت خمسة شروط : الجرثوم والاشخاص المقتبلون له والبيئـة الملائمة للعدوى والظروف الموافقة لنشرها ، وغيبة الاحتياطات الواقية . اما الجرثوم فلا يحدث الوباء الا اذا كانت حمته شديدة وثابتة وهذا الامر صعب التحقيق .

والاشخاص المقتبلون قليلون على الرغم من اتعاب الحروب وويلاتها وا كتظاظ الناس وازدحامهم لما فيهم من المناعة التي اكتسبوها بالتلقيح ولعزل المرضى بعد ظهور المرض

واما بيئة العدوى فقد تكون الهواء او الماء او بعض الحيوانات فاذا ما رشق جيش الجراثيم بالطيارات من اعالي السماء فلا يأتي بالنتيجة المرغوب فيها واذا طارت الطائرة على علو قليل سددت اليها الرشاشات قذائفها فلم تستطع قضاء مهمتها . فقد تبين ان الطائرة اذا كانت على علو ٣٠٠٠ الى ٥٠٠٠ متر ورشقت مستنبتات الجراثيم كانت سرعة نزول هذه القطيرات ملمتراً في الدقيقة ومن هنا يتضح ما تستلزمه من الوقت للوصول الى الارض وما ستجابهه من التبعثر والتبدد قبل بلوغ الغاية . واذا ما استعمل الحيوان كناقل للامراض كان في نقله وايصاله صعوبة لا تنكر . فاذا جمعت الجرذان لنقل الطاعون كان منهـا خطر على الناقل نفسه لان هذه الجرذ ن تستطيع العودة من حيث اتت فضلاً عن ان جميع الجرذان لا تقبل الطاعون على السواء وكذلك القول في الاوبئـة الاخرى كالكَلَب والتهاب السحايا والخ.

ويستخدم الماء في نقل الحمى التيفية والهيضة الاسيوية غير ان الجيوش ملقحـة ضد هذين المرضين. ويجوز استخدام القمل والناموس والقراد في نشر الاوبئة غير ان هذه الحشرات صعب نقلها والاستفادة منها .

فيستنتج مما تقدم ان هذه الاداة التي يخشى الكثيرون شرها ليست في الواقع اداة مخيفة .

م . خ .

علاقة القشع وازدياد كلس الدم بملحقات الدرق

عرف منذ القديم ان تظاهرات القشع (sclérodermie) ليست تبدلاً بسيطاً في الجلد بل هي تابعة لحالات في الغدد الصم وقد نشرت مشاهدات من القشع في الاطفال زالت باستعمال خلاصة الكظر التامة بعد ان اثبتت الفحوص المخبرية اختلال وظيفة هذه الغدة وقد بين ليريش ان ٧٠ ٪ من المصابين بالقشع مزداد كلس دمهم في الوقت نفسه غير ان ازدياد هذا الكاس الدموي لا يرافقه نقص الفوسفور ولا ازدياد كلس البول كما في داء باجه، وتشترك مع ازدياد كلس الدم في المصابين بالقشع التهابات المفاصل المجسئة ونقص كلس الصقل ورواسب كلسية وكل هذا دليل على اختلال وظيفة ملحقات الدرق ، وقد بين ليريش ان استعمال رسول ملحقات الدرق يحدث القشع واستنتج ان القشع ذو علاقة بهذه الغدد وان معالجته تقوم باستئصال ملحقات الدرق وقد جنى في ٣٢ مشاهدة عالجها بهذه العملية فوائد تذكر .

ثم اختبر كثير من الجراحين طريقة ليريش هذه فاختلفت نتائجهم وكان منهم المحبذ وغير المحبذ . ويستنتج من هذه المناقشات العديدة ان استئصال ملحقات الدرق ناجع في القشع الذي يرافقه ازدياد كلس الدم وانه ممنوع حيث كلس الدم هابط عن معدله الطبيعي كما في الاشكال التي يرافقها دنف وتناذر اديسوني دال على اصابة الكظرين .

غير ان ليريش لا يزال متمسكاً برأيه حتى انه لم يتردد في القول : « بان اختبارات عشر من السنين قد اجازت له الجهر بان القشع مرض جراحي » م ٠ خ ٠

❀❀❀

الاسلام وسعة العمر

«١٢»

تحريم الميتة وما شاكلها

يقصد بالميتة ما ماتت من البهائم حتف انفها بدون فعل فاعل لان موتها مسبب من مرض استنفذت البهيمــة في مكافحته قواها الحيوية للتخلص منه ولما لم تستطع الافلات من اذاه ماتت بعد ان اضطربت اكثر اعضائها بتأثير العوامل التي ولدت المرض المذكور من جراثيم وذيفانات او من سموم ناشئة من فساد بناء نسج البهيمة نفسها اومن قصور اجهزتها المفرغة لذلك كان لحمها وبيلا ضاراً بالصحة وقــد تكون فيه الجراثيم المترعرعة من الجراثيم التي تفتك بالبشر يضاف الى ذلك ذيفاناتها والسموم الناتجة من افسادها عنــاصر البهيمة وتشويش بنائها . وتعرف هذه اللحوم بتغير اوصافها فاللحم الجيد احمر اللون ناصعه في البقر والغنم ، ذو رائحة خاصة ، اذا قطع قد تسيل منه عصارة قليلة المقدار حمراء اللون . واما اللحم المريض فتتبدل فيه الصفات المذكورة على انه قد لا يظهر في هــذا اللحم تغير ما مع انه ضار. يؤدي استعمال هذه اللحوم الضارة الى اضطرابات تتصف سريريا بتشوشات هضمية من اقياء والام معدية ومغص بطني واسهالات قد تشبه اسهال الهيضة وباضطرابات دورانية واغماء وهمود .

وينتج موت الحيوان في الغالب من امراض معروفة الجراثيم كالجمرة الخبيثة التي تسهل سراية جراثيمها الى البشر والرعام الذي قد يصاب الانسان به والسل والفطور الشعاعية او من السلمانيات وهي جراثيم عصوية تشبه العصيات التيفية لهــا سموم مقاومة للحرارة تستقر في اعضاء الحيوان المختلفة، او من عوامل امراض خاصة ببعض البهائم كالتهاب مفاصل العجول وخراجات الخرفان القدية وتدخل في زمرة الميتة ، المتخنقة والموقوذة والمتردية والنطيحة وما اكل السبع وذلك لان الحيوان في جميع اسباب الموت المذكورة يكون قد تعب تعباً شديداً قبل موته . يؤثر هذا الاعياء في اجزاء جسمه فيبدلها تبديلا لايظهر له

في بعض الاحيان اقل اثروتكون في الغالب لحوم البهائم الميتة من الاعياء بالاسباب المذكورة ذات لون احمر الى السمرة القائمة ، جامدة سهلة التفتت جافة لاتنز اذا عصرت وتكون عضلاتها في حمل شديدوتبدو عظامها قائمة وتعرف هذه اللحوم باللحوم المصابة بحمى التعب وهي لحوم تكثر فيها السموم الطوعية ويزداد بهـا حامض اللبن اللحمي واللوكومائين . وتكون هذه اللحوم سريعة الفساد صعبة الضج عسرة الهضم فهي والحالة هذه غير صالحة للغذاء سامة على رأي عدد كبير من المؤلفين لذلك كان ترك التغذي بها امراً واجب الاتباع ولا شك ان ذلك من جملة اسرار تحريمها .

تحريم الدم : لا يخفى ان الدم سائل جوال في ارجاء البدن كلها يأخـذ عن النسج فضلاتها وينقل انقاض الاحتراق ليلقيها في الاعضاء الموكلة بتبديل تركيبها وطرحهـا خارجاً يبدو مفعماً بالجراثيم في اكثر امراض الحيوان العفنة وهو اول ما تصول عليه العوامل الضارة المذكورة لذلك كان التغذي به معرضاً لسـراية الامراض المشتركة بين الانسان والحيوان بانتقالها من الحيوان الى الانسان . وممـا يزيد في خطر الاغتذاء بالدم عدم امكان اكتشاف اكثر الجراثيم المعفنة للدم وعـدم الانتباه اليها في بدء العفونات أضف الى ذلك ان الدم بحكم عمله الحيوي كثيراً ما يحمل فضلات سمية خاصة في الحيوانات المريضة او المسمومة .

تحريم لحم الخنزير : كلمة الخنزير مشتقة من خرز العين لانه كذلك ينظر . والخنزير حيوان سمج قبيح الصوت والمنظر والغرائز الياف لحمه متراصة شحمه غزير عسـر الهضم تكثر في اعضائه الطفيليات لذلك يمكن ان تحشر لحومه في زمرة اللحوم الطفيلية تسكن في عضلاته الدودة الوحيدة المسلحة وتكون بشكل حويصلات صغيرة منتشرة في الالياف العضلية ولا سيا في القسم الاسفل من اللسان . وهذه الحويصلات هي الغلف المذنبة التي تحتوي على رأس الدودة مع كلاليبها . فاذا ما التهم هذه الغلف انسان ، ينشب رأسهـا في امعائه وتأخذ في النمو سريعاً حتى تصير دودة كهلة يبلغ طولها (٦ — ٨) امتار .

وتصادف في الياف الخنزير العضلية غلف الشعيريات الحلزونية ومنه قـد تنتقل الى الانسان فتسبب مرضاً وخيماً جداً هو داء الشعيريات (trchinoseı) وتكون هذه الغلف صغيرة الحجم لا ترى عيانا ولا يمكن تمييزها بسهولة .

تحريم ما اهل لغير الله به او ما ذبح على النصب : وهو مـا حرم لسبب ديني محض حسب رأي المرحوم العلامة محمد رشيد رضا ولكننا نرى ان هنالك سبباً اساسياً آخر في التحريم الا وهو ان ما اهل به لله يكون قد ذكي من قبل معتقد بدين آلهي . والمؤمن بالله ايا كان دينه مفروض فيه ان يكون بعيداً عن الغش . وغش اللحم سهل لا يستطاع كشفه بسهولة لذلك كان لا بد للقصـاب من ان يكون في زوايا نفسه وفي صميم فؤاده ما يمنعه عن الغش حتى لا تحدثه نفسه بذلك وانى له هذا اذا لم يكن مؤمنـاً بدين ينهاه عن المنكر ويأمره بالمعروف . ويعترف المختصون بعلم حفظ الصحة ان فضح غش اللحم امر غير سهل غالباً .

التذكية : اننا نشارك في هذا الصدد رأي الاستاذ العلامة الشيخ محمد رشيد رضا في امر التذكية من انه تقصد بها التحقق من صحة البهيمة قبل اماتتها وغاية الشارع فيها ضرورة فحص الحيوان للحكم بنفعه للغذاء وخلوه مما قد يجعله غير صالح للاغتذاء او ضاراً .

الدكتور

شوكت موفق الشطي

❁❁❁

الجزء ٨ المجلد ١٤



دمشق في شباط السنة ١٩٤٠ م الموافق لذي الحجة السنة ١٣٥٨ هـ

الجمعية الطبية الجراحية في دمشق

جلسة الثلثاء كانون الثاني ١٩٤٠

قرئت فيها التقارير التالية :

١ — العليم مونيرو دومان من الاسماعيلية (مصر) ، وصفتان بسيطتان وناجعتان في الحروق والجروح : بين المؤلف ان الوصفات الدرسية معقدة وغالية الثمن في الغالب وان قلبها ممكن الى وصفات اسهل ورخيصة الثمن بدون المساس بفعلها الناجع . وقد قدم مثالاً على ذلك مرهم المارنج المركب من : كبريت ٢٠ ، فحمات البوتاس ٨، ماء مقطر ٨ ، لانولين ١٠ شحم خنزير ٥٤ فان قلبه الى كبريت ٢٠ وشحم خنزير ٨٠ لا يضر بفعله ويسهل حفظه . اما الوصفتان فهما :

١ — عفص } اجزاء متساوية
ماء حار

او : غونا كرين ١ — ٢ ٪

عفص } اجزاء متساوية
ماء حار

٢ — مصل الحصان } اوزان متساوية
زيت كبد الحوت
زوفى (لانولين)

٢ — العليم ترابو ، كبة الكبد والسل : لا تختلف كبة الكبد البردائية بازاء السل عن كبة الكبد الغولية التي تتعرقل به في الغالب . فان اربعاً من ست مشاهدات كبة الكبد البردائية قد تعرقلت بسل المصليات ، ثلاثاً منها جرت على شريعة غوديليه حيث امتد سل الصفاق التالي فيها الى غشاء الجنب . وكان تفاعلا الكورين وفيزن ريزورسين في الحادثات الاربع جميعها ايجابيين .

٣ — العلمان شارل وشوكت القنواتي ، غيبة الكلية والحالب والملحقات اليسرى ، استسقاء الكلية بانضغاط الحالب الايسر : مشاهدة نادرة كانت الكليةوالملحقات في الجهة اليسرى غائبة ويعلل هذا باضطراب في نشأة الجهاز البولي التناسلي في الجنين . وقد لفت المؤلفان الانظار الى صعوبة التشخيص وضرورة رسم الحويضة وقثطرة الحالب حتى اذا تعذر اجراؤهما كما في مشاهدتهما يلجأ الى فتح البطن الاستقصائي .

٤ — الاستاذ لوسركل ، تقديم مرضى :

أ — مريض اول مصاب بفتق عرطل واصل الى ما تحت الركبتين فيه الاعور والقولون والامعاء الدقيقة .

ب — مريضان آخران مصابان باضطرابات معدية معوية قطع في احدهما عصب حشوي واحد وفي الثاني العصبان الحشويان فزالت اضطراباتهما .

ج — مريض اصيب بكسر قبة متشعع الى القاعدة وقد ظهرت بالاستقصاء وذمة في الدماغ فعولج اولاً بتخضيب العقدتين النجميتين ثم بقطع العصب الفقري في اليسار فبقطع العصب السباتي فتحسنت حالته .

م . خ .

❀❀❀

١ — وصفتان بسيطتان ونافعتان في الحروق والجروح

(Deux formules simples et efficaces pour les brulûres et les plaies)

للعليم مونيرو — دومان من الاسماعيلية
الطبيب الداخلي في مستشفيات باريز سابقاً وعضو جمعية فن المعالجة

ترجمها العليم منير السادات

ان كتب فن المعالجة ملأى بالوصفات البديعة من مراهم ومعاجين وسواها من المعالجات الخارجية ولكن هذه الوصفات لا تخيف تلامذة الجيل الحاضر فحسب بل الاطباء المارسين ايضاً لان حفظها عسير على من ليس اختصاصياً بها او على من لم يرزق ذاكرة متقدة فليس هناك ما يلجأ اليه في تعين مقادير الادوية الخارجية كما هي الحال في الادوية الداخلية . ومع ذلك فكم من الوصفات يستطاع جعلها سهلة بدون اقل محذور مثال على ذلك مرهم هيلمريخ هذا المستحضر الشهير فقد كان تركيبه كما يلي :

كبريت	٢٠
فحمات البوتاس	٨
ماء مقطر	٨
زوفى (لانولين)	١٠
شحم خنزير	٥٤

ففكر احدهم في حذف الزوفى وزيادة شحم الخنزير ثم لاحظ البعض ان فحمات البوتاس ليست من الاشياء التي لا يستغنى عنها فيه فاصبحت الوصفة الجديدة كبريت ٢٠ وشحم الخنزير ٨٠ ولم تكن نتائجها اقل جودة من الوصفة القديمة غير انها اسهل حفظاً

وتحضيراً وارخص ثمناً والطبيب والصيدلي اقل تعرضاً للخطإ فيها من الوصفة القديمة. فسهولة الوصفات لا تخلو من الفائدة. والمستحضرين اللذين اقدمهما اليكم وقد ابتكرتهما حديثاً هذه الحسنات واذا ما اضيف اليها رخص ثمنهما ونفعهما الكبير كما اعتقد استحقا المعرفة والانتشار.

١) «المحلول العفصي في معالجة الحروق»

تحقق بمحضري الاول الدباغة في الحروق وقد اصبحت مميزات هذه الطريقة اشهر من ان نعود الى الكلام عنها الآن: فان العفص يخثر الآحين ويحول دون امتصاص المواد السامة المتكونة في الانسجة المحروقة ويحدث قشرة يابسة خالية من الالم نظيفة يتم الاندمال تحتها بكل اطمئنان ولا حاجة عادة الى اقل تضميد بعد هذه الدباغة.

وقد اقترحت في الدباغة طرائق مختلفة: منها المراهم العفصية التي تستلزم التضميد وتستوجب ازالة المواد الدسمة في كل مرة بالايثر او الصابون وكلاهما محرش وقوة هذه المراهم العفصية قليلة واما طريقة الرذاذ فطويلة وشاقة وتستلزم اجهزة خاصة وقد استفدت من خاصة انحلال العفص في مثل وزنه من الماء فوصفت

عفص
ماء حار } مقادير متساوية

ان هذا المحلول لزج بقوام الشراب وحفظه في قوارير محكمة السد واجب لان تبخر الماء يرسب قسماً من عفصه ومع ان العفص مطهر بنفسه فقد فضلت ان يضاف احد المطهرات الى هذا المحلول لان التعفن هو اكبر اخطار الحروق واشد مانع لالتآمها واخص منها الحروق المعالجة بالعفص الذي يؤلف طبقة غليظة تنستر تحتها العفونة كما في وعاء مغلق حتى متى كان الحرق قليل التعفن ولكن يجب انتقاء مطهر قليل الضرر بالانسجة ما امكن وتعلمون القول المشهور ان (المطهرات توجه الى الجراثيم ولكنها تميت الخلايا) وليعلم ان اكثر المطهرات ليست ثابتة بملامسة العفص ومنها ملاح الزئبق وقد وجدت حلاً لهذه المعضلة باضافة احد مشتقات الاكريدين الى محلولي العفص واذا لم يتيسر الريفانول الالماني يستعمل الفوناكرين واني اصف الآن:

غونا كرين ٢ ٪

عفص ماء حار	مقادير متساوية

طريقة الدباغة بهذا المحلول : اذكر اولاً ان الدباغة ممنوعة في جميع الحروق المتعفنة ولا تعدُّ متعفنة الحروق القديمة المتقيحة فحسب بل جميع الحروق التي يراها الطبيب بعد انقضاء مدة على حدوثها واعتقد ان الامتناع عن الدباغة واجب في الحروق التي مضى عليها اكثر من ٣٦ ساعة . لنفرض اننا بازاء حرق من الدرجة المتوسطة علينا ان ننظف الحرق وما يجاوره تنظيفاً متقناً . تُفتح الفقاعات اذا كانت قد تكونت وتقطع شريحاتها بمقص معقم وتطهر جميع سطوحها بمطهر خفيف كالماء المحمض ثم يستعمل المحلول العفصي بعد ان يُدفأ حتى درجة حرارة الجسم وليس هذا التسخين ضرورياً . يُمدّ المحلول بمنقاش او بقطعة غزي مسكت بملقط ويُحدث الطلي بهذا المحلول حس احتراق خفيف غير انه موقت ويعقبه سكون ألم صريح وقد لاحظت دائماً ان الحروق المدبوغة غير مؤلمة .

وبعد ان يجف المحلول وجفافه اسرع كثيراً من المحاليل العفصية الممددة ويستطاع الاسراع بتجفيف هذا المحلول باستعمال مروحة او الهواء الحار وهذا الافضل ، قلت بعد جفاف المحلول يذهب المريض بدون تضميد في الواقع فاما ان تستر النواحي المحروقة المدبوغة بقطعة الغزي بدون ان تلتصق بها او يكتفى برباط بسيط يلف على الناحية بدون قطن او غزي ولا غنى عن رؤية المحروق في كل يوم فاذا ما تعفنت بعض نواحي الحرق ارتفعت القشرة قليلاً فيجب قلعها لتفجير العفونة واذا ظهر ان بعض الاقسام لم تدبغ دباغة حسنة تطلى مرة ثانية لتتم دباغتها .

النتائج : في حروق الدرجة المتوسطة باهرة فقد رأيت اندمالاً سريعاً جداً وبدون اي حادث في اشخاص امكنت معالجتهم بصورة مستعجلة وتستعمل هذه الطريقة ايضاً في الحروق السطحية التي لا تستوجب كبير عناية فهي تشفى عفواً . اما الحروق العميقة فبصفة كوني طبيباً لا جراحاً لم تتح لي الفرصة لمعالجتها وسأكون ممتناً من الزملاء الجراحين الذين يرغبون في اعلامي عن النتائج التي يحصلون عليها ولا يقتصر استعمال هذا المحلول العفصي على الحروق فحسب بل يوصى باستعماله في النملة والشرث (engelures) وشقوق

الثدي والثلوم والعدة الوردية واني اذكر لكم بصورة خاصة ما حصلت عليه من النتائج الحسنة في حامى الثنيات في الرضع .

٢) « مستحلب ثابت لمصل الحصان وزيت كبد الحوت كمنشط للجروح

ان الوصفة الثانية التي اودّ التحدث اليكم عنها تدخل في الفصل ذاته من فن المعالجة اي مرهم مندب او مستحضر يجمع الصفات الواقية للخلايا التي اشتهر بها مصل الحصان والفعل المندب لزيت كبد الحوت وما تتصف به المواد الشحمية من الخواص الواقية بازاء الانسجة المرضوضة . فقد ذكرت في رسالة نشرت في الجمعية الطبية الملكية المصرية السنة ١٩٣١ ان الجرح الناجم عن التخريب الكيميائي لحبة حلب بمسحوق فوق مانغانات البوتاس يسرع ندبه باستعمال مصل الحصان وكنت لا ازال استعمل المصول الدوائية التي قدم العهد عليها لانها ارخص ثمناً من المصول الطازجة كالهاموستيل وقد لاحظ ولا شك من استعمل منكم مصولاً على الجروح النشاط العجيب في حيويتها في خلال ٢٤ ساعة فان جروحاً وهنية خاسفة رمادية اللون تصبح في اليوم الثاني من استعمال المصل حمراً محبية ومحتقنة ايضاً حتى انها تدمي لاقل لمس .

ولا يخلو المصل الصرف من بعض المحاذير فهو يجف سريعاً فيجب ريّ الجروح بحباب من المصل وفي هذا ما فيه من التبذير والاسراف باستعمال هذه المادة او يجب ستر الجروح بقطعة من المشمع وسترها يحدث الاحتقان فيها وجفاف المصل يفضي الى التصاق الضماد فاذا ما اقتلع آلم واحدث نزفاً شعرياً فاخرّ الندب. اما زيت كبد الحوت فخواصه المندبة معروفة منذ زمن بعيد وقد اعيد استعماله مؤخراً بعد ان عرف ان فيه علاوة على الحيوين (د) الحيوين المتصف بخاصة نافعة للغطاء المضرع في الجسم جلدياً كان او مخاطياً وقد استحضرت مراهم خاصة اساسها زيت كبد الحوت وعنّ لي ان اشرك خواص هاتين المادتين لنفعهما وسهولة الحصول عليهما ورخص ثمنهما ولكنهما لا تمتزجان ومستحلبهما المستحصل بالوسائل العادية ليس ثابتاً وقد سألت من السيد جانولي الصيدلي الاول في مستشفى دوفيريزيه في دمشق حل هذه المعضلة واني بهذه المناسبة ابعث اليه بعظيم شكري لمساعدته القيمة لي فقد اشار عليّ باستعمال الزوفى (اللانولين) التي تمتزج بالمواد الشحمية والمركبات المائية معاً وقد طرحنا جانباً، شحم الخنزير الذي يزنخ الاّ اذا اضيف اليه الحامض الجاوي

الذي يحدث شيئاً من التخريش وتمزج من المصل وزيت كبد الحوت والزوفى اوزان متساوية

مصل الحصان	
زيت كبد الحوت	اوزان متساوية
زوفى	

ويستلزم تحضير هذا المرهم مزجاً جيداً فيكون منه مرهم رخو لزج سهل المد وثابت كل الثبات ولا يجوز تعقيمه محافظة على حيويناته ورسله ومرمماته (tréphones) وآحيناته الحيوانية وبكلمة على خواصه الحية ولكن هذا المزيج عقيم ولو لم يعقم. انه عقيم لان المواد التي يتألف منها عقيمة فصل الحصان عقيم والزوفى يستطاع تعقيمها قبل مزجها اما زيت كبد الحوت فقد اثبتت الفحوص التي اجراها الدكتور لوبوك رئيس مخبر مستشفى دوفيريزيه في بيئات هوائية ولاهوائية على نماذج من زيت كبد الحوت العادية انها عقيمة ويستحسن، لزيادة الحيوين في هذا المحضر والاستفادة من خاصته المجددة للخلايا، استعمال مصل حيوان حديث السن لان سرعة الندب في البدن معاكسة بنسبتها لعمر الشخص وقد ذكر العلامة كاريل في كتابه الشهير عن الانسان ان هناك زمناً او عمراً غريزياً يستطاع قياسه بسرعة ندب الجروح ويستطاع الاستنتاج ان هذه الخواص ليست في الجلد فحسب بل قد تكون عواملها كامنة في مصل الدم ولزيادة الحيوين A في هذا المحضر يستعاض عن زيت كبد الحوت بزيت الراقود (fletan) لان زيت كبد الحوت مهما كان غنياً بهذه المادة لا يحتوي السنتمتر المكعب منه على اكثر من ٢٠٠٠ وحدة دولية بيد ان في زيت الراقود زهاء ٢٥٠٠٠ فيصبح المحضر كما يلي :

مصل حيوان حديث السن	
زيت الراقود	اوزان متساوية
زوفى	

واعترف باني لم احضر بعد هذه الوصفة ولم اجربها لان المحضر الاول مع حسن فعله ارخص ثمناً منها .

ما هي الحالات التي يستعمل فيها المستحاب ؟ انه مستعمل في جميع الجروح الوهنية وفي بطء الندب غير اني اعتقد ان جميع الجروح غير العفنية قد تستفيد منه ويقول بعض

الجراحين انهم توصلوا بزيت كبد الحوت الى تطهير الجروح المتعوجة وغير المنتظمة والملوثة فيتضح والحالة هذه ما يستطاع الحصول عليه من الفوائد الجلى بهذا المستحضر في ايام الحروب . اني لم اتمكن حتى الآن الا من معالجة بضع حادثات جروح وقروح في الشعبة الجلدية والزهرية في دمشق وقد شاهدت نتائج باهرة وهنا ارجو من زملائي الجراحين تجربة هذه الوصفة واعلامي النتائج التي سيحصلون عليها بعد استعمالها . وقبل ان اختتم كلامي واتماماً للبحث أود ان ابين لحضراتكم محضرين بزيت كبد الحوت فعدا امكان استعمال الزيت العادي تبل رفادات من الغزي فيه وتضمد الجروح بها ويستطاع جعل القوام اكثر تماسكاً بمزجه بالزوفى : زيت كبد الحوت ٤٠

زوفى ٢٠

وحسنات هذا المحضر على زيت كبد الحوت الصرف انه لا يسيل ولا يمتص الغزي والقطن بل يظل في مكانه ويحول دون التصاق الضماد واستعمال كمية منه اقل من الزيت الصافي ممكن . وقد هيأت محضراً من زيت كبد الحوت والكاس مستعيضاً عن زيت الزيتون بزيت كبد الحوت وهو محضر مسكن ومقلل للاحتقان ومندب ولا يستعمل في الحروق فقط بل في التهاب الادمة الحاد وهو مفيد جداً في النملة الحادة على عكس المحضر الذي يحوي المصل لان المصابين بالنملة لا يحتملون الآحينيات الاجنبية ويتفاعلون تفاعلاً موضعياً شديداً .

والفت في النهاية نظركم الى هذه الوصفات السهلة التحضير البسيطة الرخيصة فاستعمال المحلول العفصي مسكن ومندب ولا يستلزم الضماد وكذلك مزيج زيت كبد الحوت مسكن ويمنع التصاق الضماد . وفي التجارة مستحضرات جاهزة وجيدة جيداً لهذه الغايات ولكنها غالية واذا ما اردنا استعمالها في المستشفيات والمستوصفات ولا سيما في التنظيمات العسكرية تصبح نفقاتها باهظة بيد ان هذين المحضرين رخيصا الثمن والحصول على موادهما الاولية سهل ولهذه الامور قيمتها في الممارسة .

المناقشة

العليم لوسركل : انني اشكر الزميل مونيرو دومان على ما اتحفنا به وقد كنت اود ان اجرب وصفتيه غير انني اقول بكل صراحة انني اتحاشى في معالجة الجروح والحروق

عن كل ما يحدث قشرة او ما هو شحمي لان تحت القشرة كما ذكر في تقريره قد تكمن العفونة وتتكون مجامع الصديد ولان المواد الشحمية تحول دون تفجير المواد التي تفرزها الحروق والجروح وحري بنا ان نسهل هذا التفجير لا ان نعسّره وان نساعد خلايا البدن في دفاعها لا ان نضع العقبات بازائها فالمصل الصناعي او التضميد الجاف هو كل ما استعمله في تضميدات الجروح

العليم مونير دومان : ان النسيج الدسم لا يغلق الجروح .

العليم لوسركل : خير لنا ان ندع للنسيج خاصته الشعرية الماصّة

العليم شارل : لا توافق محاليل العفص الا الحروق السطحية والخفيفة

❀❀❀

٢ ـ الكهبة البردائية و السل

(Cirrhose palustre et tuberculose)

للعليم ترابو

ترجمها العليم عزة مريدن

لقد كشف تريبوله وجوسه وبلوندان في مرضى مصابين بالكهبة الضخامية الغولية بالفحص المجهري وتلقيح القبعة وفرة عصيات كوخ في سائل الحبن ، كما كشفها ايضاً روك وكورديه من ليون ، في مرضى مصابين بالكهبة الضمورية الغولية .

وقد استطعنا ان نحقق نحن ايضاً ان الكهبةالبردائية كثيراً ما تتبرقل بالتهاب الصفاق السلي ، واليكم بعض المشاهدات المختصرة من شعبتنا في المستشفى العام وهي توضح لكم ما تكلمنا عنه :

المشاهدة الاولى : آ . . . بدوي من الصحراء عمره خمسون سنة ، لم يذق طعم الغول مصاب بالبرداء منذ سنته العاشرة ، ليس في سوابقه سل او افرنجي ، كهبة ضمورية صريحة سريرياً ، ثابتة بعدئذ بالفحص المجهري ، تفاعلات هيخت ، مانيكه ، فيرن بيراتينول ، سلبية في دمه، تفاعل كورين ايجابي بشدة يساوي ١٨٠ ، انصباب جنبي خفيف في القاعدتين وهو في المستشفى ، فيرن ـــ ريزورسين ايجابي بشدة ويساوي ١٦١ :

النتيجة : كهبة ضمورية بردائية متدرنة

المشاهدة الثانية : مريض مسلم عمره اربعون سنة اصيب بعدة نوب بردائية نموذجية لم يشرب غير الماء اصيب منذ عشرين سنة بقرحة ، له ولدان صحيحان ، لم تجهض زوجته ابداً ، دخل المستشفى لكهبة ضمورية صريحة بدا فيه تناذر التهاب الجنب في قاعدتي الرئتين كما ثبت بالفحص الشعاعي ، وسمعت احتكاكات بالاصغاء ، تفاعل واسرمان في دمه ايجابي ولكن تفاعلي هيخت ومانيكه سلبيان في الحبن ، تفاعل كورين مشكوك فيه اذ بلغ ١٤ : فيرن ريزورسين ايجابي بشدة بلغ ١٣٥

النتيجة : كهبة ضمورية برداثية مع تدرن المصليات .

المشاهدة الثالثة : رزق . . بدوي مسلم ، اصيب منذ طفولته بنوب برداثية كثيرة اهمل بدون معالجة ، دخل المستشفى لكهبة ضمورية برداثية مع حبن وافر ، وانصباب جنبي مزدوج اثبته الفحص الشعاعي . تفاعلات واسرمان ، هيخت ، مانيكه ، سلبية في الدم فيرن بيراتينول ، كورين سليان ، فيرن ريزوسين ايجابي بشدة ١٢١

النتيجة : كهبة ضمورية برداثية ، مع تدرن صفاقي جنبي .

المشاهدة الرابعة : حسين الدباس عمره خمس وخمسون سنة من حوران ليس في سوابقه سل ولا افرنجي ، ولا غول . كهبة ضمورية برداثية سريرياً ، المريض مصاب بنوب برداثية متقطعة منذ سنته العاشرة ، تفاعلات واسرمان ، هيخت ، مانيكه سلبية في الدم ، تفاعل كورين ايجابي بشدة ١٤٧ ، فيرن ريزورسين ايجابي بشدة ١١٦

النتيجة : كهبة ضمورية برداثية متدرنة

هذه اربع مشاهدات حول الكهبة الضمورية البرداثية اخترناها بين ٦ مشاهدات جمت في شعبتنا تباعاً بقصد درس حيوي كيمياوي عام ، تصح تأنجه لان تكون غرضاً لمقصد آخر .

ففي اربع مشاهدات من ست ظهر السل في سياق المرض وتجلى في ثلاث منها سريرياً بقانون (غوديليه) ويثبت الانصباب الجنبي في الجانبين حقيقة السل الجنبي الصفاقي الذي حققناه في المشاهدات الاربع بتفاعل فيرن ريزورسين الايجابي الشديد ، وهكذا ثبتت في الكهبة الضمورية البرداثية ما اثبته المؤلفون الآخرون في الكهبة الغولية ، عن كثرة السل التالي .

ان هذا التحقيق لم يدهشنا ابداً ، فلقد كنا أبنّا في اعمالنا بها في مستشفى القديس حنا في بيروت بمعونة التفاعلات السلبية على المصابين بالبرداء المزمنة ، ان البرداء يجب ان تحشر في زمرة الامراض المبطلة للتفاعل الثاني (anergisantes) ولقد وقفنا حينئذ عند هذا التعليل الذي ارضانا ، وكنا نستطيع ان نذهب الى ابعد من ذلك في فهم الحوادث لو كنا شاهدنا كما رأينا اليوم كهبات برداثية لانه لا يفوتنا ان ندرك شأن اصابة الكبد في

نحو التفاعل الثاني .

يقول فيلا وبرنار وبلوم ونويل فيسنجر وليفيسك ، حينما يبدو سل في الصفاق في سياق كهبة كبد يكون سببه ان عصية كوخ قد لقحت تلقيحاً ثانوياً الصفاق المريض بفضل تحسس الكبودين الخاص المعروف منذ نويل فيسنجر وبروديه المسمى : ابطال التفاعل الثاني الكبدي فهل تكون الحال غير ذلك في الكهبة البردائية ؟ كلنا نعلم ان الكبد والطحال هما العضوان اللذان تبدأ الاصابة البردائية فيهما، واما التفاعلات السلبية التي اجريناها في صفحات البرداء المختلفة فكانت سلبية ولم يبد شيء مرئي سريرياً فان الخلية الكبدية كانت مصابة في وظائفها الاساسية . ومهما يكن من الامر فاننا نجد سببين للاسلال في سياق الكهبة الضمورية : إبطال التفاعل الثاني البردائي ، وابطال التفاعل الثاني الكبدي المضاف اليه .

وانه ليحسن ان نصل هذا التقارب التفاعلي السلي ما بين الكهبات الغولية والكهبات البردائية ، وان نقول في الحالتين بآلية واحدة هي ابطال الثاني التفاعل الكبدي .

❀ ❀ ❀

٣ـ غيبة الكلية والحالب والملحقات اليسرى

واستسقا الكلية اليمنى بالانضغاط

(Absence du rein ,de l,urètre et des annexes gauches hydronéphrose du rein droit par compression

للعليمين شارل وشوكت القنواتي

السيدة أ عمرها ٣٥ سنة ليس في سوابقها المرضية ما يستحق الذكر ، كان طمثها دائماً منتظماً وبدون ألم ومدته سبعة ايام ، متزوجة منذ عشر سنين وقد رزقت خمسة اولاد اثنان منم في قيد الحياة ومات الثلاثة الآخرون في سن الحداثة بأمراض مجهولة ، لم تجهض ابداً وقد تمت ولادتها الاخيرة التي بدأت بها علتها الحاضرة ، منذ ستة اشهر . مرت شهورها السبعة الاولى بدون طارىء ، ولم يأت الشهر الثامن حتى اصيبت بضياع دم قليل غير منتظم لم تعلق عليه المريضة شأناً كبيراً وانقطع عفواً وبدون اي معالجة بعد وقت قصير

تمت الولادة الاخيرة في دار المريضة في الميعاد وطال مخاضها اكثر من المرات الماضية فاستمرّ ٣٦ ساعة ومات الجنين في اثنائه واعترتها بعد الولادة حرارة دامت اثني عشر يوماً وشكت آلاماً في الناحية القطنية وفي الخاصرتين وامتدّ سيلان الهلابة خلافاً للعادة وانقلب ضائعات دم أحمر قليلة وغير منتظمة فكانت تنقطع يوماً او يومين وتعود بدون سبب ظاهر ، ثم رافقها سيلان نتن .

اتت المريضة المستشفى للمرة الاولى في ١٢ تشرين الاول ١٩٣٩ مصابة بسيلان دموي غير متقطع وبآلام في اسفل البطن والكليتين وبوالة وحس للبول لا يغلب وقد شعر بمس الهبل بعنق صلب مبرعم دامٍ لأقل لمس ، اقتطعت منه خزعة فجاءت مثبتة لما اشتبهنا به سريرياً : سرطان مضرع رصفي . فالحالة هي سرطان عنق ظهر في الاشهر الاخيرة من

الحمل فعسّر الولادة واطال المخاض ثم اسرع نموه بعدها ، وقد رفضت المريضة اذ ذاك استئصال الرحم واشعة الراديوم ، وتركت المستشفى في ١٩ تشرين الاول ١٩٣٩ .

وقد شعرنا منذ ذلك الحين بكتلة كيسية في الخاصرة اليمنى . ثم عادت المريضة في ٢٩ تشرين الثاني وصرحت بأنها على استعداد لقبول ما نرتأيه ، ولكن السرطان ويا للأسف كان قد نما نمواً كبيراً ولم يعد مقتصراً على العنق فحسب بل على قاع المثانة والرتج الجانبي الايمن .

ولا بدّ من طرح سؤال بهذه المناسبة وهو الا تزال الكتلة الكيسية التي شعرنا بها حين الفحص الاول في الخاصرة اليمنى وما هي طبيعتها ؟ أهي كيسة مبيض ؟ ان الأمر ذو بال لان مؤسسة الراديوم في بيروت كسائر المؤسسات الاخرى تستعمل الاشعة المجهولة بعد الراديوم ولا يخفى ان الاستشعاع مضر في كيسات المبيض ومؤهب اياها للتسرطن ، أجل ان هذا الورم كان قليل التحرك من الأسفل الى الأعلى ومن اليمين الى اليسار وكيسات المبيض اكثر تحركاً ، ولم يكن الورم يصعد نحو الحجاب متى جعلت المريضة في وضعة (ترندلانبورغ) ، وكان يشعر بذنب ممتد من قطب الورم السفلي الى الرحم الامر الذي يحملنا على نفي كيسة المبيض غير انه لم يجل لنا الآفة تمام الجلاء لان المعاينة السريرية وحدها عاجزة عن ايضاحه وقد اشتبهنا بآفات كثيرة وكان اقربها الينا استسقاء الكلية الناجم عن ضغط السرطان للحالب على الرغم من استقرار الورم في ناحية دون المسكن الكلوي ومن غيبة الملامسة القطنية فاقترحنا قثطرة الحالب ولكن المثانة كانت متنبهة وتنظيرها صعباً ، كما ان قاعها كان مرتشحاً وفوهتا الحالبين مستترتين فجربنا تصوير الحويضة ، وحقنا الوريد بمحلول كثيف من (الدياغنورانول) غير ان الرسوم التي اخذت بعد ٣٠ و٤٥ دقيقة وساعة وخمس وعشرين دقيقة من اجراء الحقنة لم يظهر فيها اي ظل للكلية أو الحويضة ، ففتحنا البطن للاستقصاء فاذا بنا نكشف بين القولون الصاعد والجدار الجانبي ورماً كيسياً خلف الصفاق ولم يكن الا كلية مستسقية ، وقد دفع هذا الاستسقاء ملحمة الكلية الى وحشي الحويضة المتسعة وتحتها وانسيها وفي الجملة فقد كانت الكلية ملتوية وشعبتها اليسرى اقلّ علواً من شعبتها اليمنى ، وحالبها المتسع ، الغليظ بحجم الاصبع والمتعوج سائراً من مركز الحويضة ومتجهاً الى الحوض بعد مصالبته في الامام لقسم

الكلية السفلي والاوعية صادرة عن نقير الكلية الواقع في القسم العلوي ومتجهة الى العالي والانسي .

واردنا استقصاء جهاز البول في الجهة اليسرى فلم نجد اثراً للكلية اليسرى ولا اثراً ظاهراً للحالب الأيسر والبوق والمبيض والرباط العريض بل كانت جميعها غائبة في اليسار مع قرن الرحم المناسب لها ، والنتيجة انه لم تكن لهذه المريضة سوى كلية واحدة يمنى ملتوية سرتها في العالي ولم تنغلق تمام الانغلاق وليس لها في اليسار كلية أو حالب أو ملحقات .

اننا استحسنا تقديم هذه المشاهدة اليكم لندرة هذا الشذوذ فيها فقد ذكر (بوش) نقلاً عن بواريه وشاربي وزقولا غيبة البوق والرباط العريض وقرن الرحم واحياناً الكلية في الجهة نفسها ، وهو امر توضحه نشأة الاعضاء التناسلية البولية في علم الأجنة .

وهذه المشاهدة ذات بال لسبب آخر ، هو صعوبة تشخيص الاستسقاء الكلوي اذا اقتصر على المعاينة السريرية فان علامتيه البيانيتين اي الملامسة والانفكاك القطنين لا يظهران في الغالب ومتى لم تكن الكلية في مكانها سهل فهم الامر كما في الحادثة التي شاهدها احدنا في مستشفى القديس لويس في دمشق فقد بضع امرأة مصابة بانسداد البوق وكشف كيسة وراء الصفاق على الوجه الامامي من العجز ولم يعلم انها كلية يسرى نزلت الى الحوض واستسقت الا بعد ان شق عليها واستخرجها . وقد يبدو استسقاء الكلية أيضاً في الانسي والامام ولو كانت الكلية في موضعها الطبيعي .

فقد بضعنا مريضاً كان استسقاء كليته شبيهاً بكيسة جسيمة ثابتة فيها زهاء ليترين من السائل وواقعة على الخط المتوسط وتحديناها بشق على الخط المتوسط وبعد ان اتبعنا ثلاثة من الكؤوس المتسعة بلغنا كلية يسرى ضامرة ولكنها في مقرها الطبيعي .

وقد اجرينا عمليتين أُخريين لاستسقاء كلوي ايمن كان الورم فيهما بارزاً في الامام تحت جدار البطن الامامي ولم يشعر فيهما بالملامسة القطنية وترددنا كثيراً في كون هذا الورم استسقاء الكلية او استسقاء المرارة او كيسة الكبد وبعد ان اجرينا شقاً عمودياً في الامام استأصلنا الكلية عبر الصفاق وقد وقع الاستسقاء في هذه الحادثات الثلاث في خارج الكلية وكانت الكؤوس قد اندفعت الى الوحشي فلا عجب اذا لم يشعر بالملامسة القطنية فيها لان هذه العلامة تغيب في مثل هذه الحادثات ومتى غابت هذه العلامة البيانية

يلجأ الى طريقتين : قثطرة الحالب التي تدلنا على حجم الانحباس الحويضي ، ورسم الحويضة اللذين ينفي بهما كل شك ، هذا اذا اشتبه باستسقاء الكلية غير ان الاشتباه به قد يبعد عن الفكر ابضاً . وقثطرة الحالب في مشاهدتنا لم تكن ممكنة ورسم الحويضة لم يأت باقل المعلومات واما فتح البطن الاستقصائي وحده فقد ارشدنا الى التشخيص .

❀❀❀

تقديم بعض من المرضى

قدم الاستاذ لوسركل في نهاية الجلسة مريضاً مصاباً بكسر القبة والقاعدة مع اعراض وذمة الدماغ وقد عالجه بتخضيب العقدتين النجميتين اليسرى واليمنى ثم بقطع العصب الفقري الايسر فالعصب السباتي .
وقدم مريضين آخرين مصابين باضطرابات معدية معوية عالج الاول منهما بقطع عصب حشوي والآخر بقطع العصبين الحشويين وفي ما يلي مشاهداتهم المختصرة .

١ — عمر عمره خمسون سنة سقط على رأسه من علو اربعة امتار ففقد رشده في الحال ونقل الى المستشفى العام في ١٤ تشرين الثاني من السنة ١٩٣٩ وهو في حالة السبات . ولم يكن في فروته أقل جرح ولم تبدُ اقل علامة دالة على كسر قبته او قاعدته الا الدم في السائل الدماغي الشوكي . وكانت حدقته متسعة وفقد الحسيات تاماً ومنعكساته ممحوة وكان يبول في فراشه . غير ان ارتشاج دم طفيفاً في ناحية الحدبة القفوية اليسرى حملنا على الاستقصاء في ذلك المكان بعد دخول المريض بساعة فبدا بعد شق الجلد كسر نجمي مع تشعع دائري الى القاعدة كما لو كانت القبة جميعها قد انفصلت فنزعت الشظايا واستقصي ما تحت العظم فلم يبدُ ورم دموي ولم تكن الام الجافية نابضة فشقت ولم يظهر تحتها ورم دموي بل ان الدماغ انفتق فجأة من خلال الشق السحائي فوسع الحج حتى ردَّ الفتق بعد ان خف الضغط المستبطن للجمجمة .

وقد بزل البطين الجانبي فلم يستخرج منه دم ولا سائل متوتر فاغلق الجرح على ذبالة من الغزي مبللة بالمصل .

فلم تتبدل الحالة في ١٥ تشرين الثاني واستمر السبات عشرة ايام وبدت كدمة واسعة

شغلت الناحية الوقبية اليمنى جميعها والناحية الخشائية القصية في الجهة نفسها ، الامر الذي حملنا على الظن بكسر متسع بتضاد الصدمة في هذه الناحية .

وكان يقطر في شرج المريض في كل يوم من محلول كبريتات المغنيزيا بنسبة ٢٥ ٪ وقد فاه الجريح في ٣٠ تشرين الثاني ببعض كلمات لا تفهم واخذت الحركات في العودة غير ان بطء التحسن دعانا الى تجربة تخضيب العقدة النجمية اليسرى بالنوفوكايين في ٢ كانون الاول املاً بتحسين الدوران الدماغي . وقد اعيد التخضيب في اليوم التالي في الجهة اليمنى . فلحظ من يحيط بالمريض ان حالته تحسنت فعرف ابنه وخاطب الممرضات وسأل عن المكان الذي هو فيه . وقد كررت التخضيبات بالتناوب في اليمين واليسار ثلاثة او اربعة ايام فتابع التحسن سيره غير انه وقف اخيراً عند حدّ

فقطع عصبه الفقري الايسر في ١٢ كانون الاول فبدا في اليوم التالي بحسب قول من يراقبون المريض تحسن يذكر وتمكن المريض من تناول الطعام وحده وذكر ان له اولاداً آخرين ووقف بلا معين واتجه تواً الى بيت الخلاء بدون ان يضلّ طريقه .

وفي ١٤ كانون الاول عرف للمرة الاولى انه في المستشفى واجاب عمّا سئل عنه واعطى بعض الافادات الصحيحة عن عيلته وزواجه ومهنته وبيته وتحسنت حاله . غير ان صفاء حالته العقلية لم يكن يطول بل كانت اجوبته تتشوش بعد بضع دقائق لما يعتريه من التعب الذي تقتضيه الاجابة الصادقة عن الاسئلة التي كانت توجه اليه .

وكان التحسن بطيئاً من ١٤ — ١٨ كانون الاول فقطعت في ١٩ منه الالياف العلوية للعقدة الرقبية العليا (العصب السباتي) في اليمين واكملت العملية بقطع الودي حول السباتي الباطن قبل دخوله القحف . فبدا في نهاية العملية تبدل في لحن الصوت .

وفي ٢٠ منه كان المريض هادئاً ويجيب عن الاسئلة اجوبة دالة على الفهم غير انه كان يعود الى الخلط في اجوبته بعد ان تطول المحادثة . ومهما يكن فان المريض ومن يحيط به كانوا مسرورين من النتيجة . وقد ترك المريض المستشفى في ٢٥ كانون الاول عائداً الى بيته بعد نزع الخيوط .

. . . .

سليمان عمره ٤٠ سنة يشكو منذ زمن طويل تطبلاً وآلاماً في الناحية الشرسوفية بعد

الطعام حتى انه كان يضطر في معظم الاوقات الى احداث القيء طلباً للراحة . وكان يعتريه في الوقت نفسه امساك مستعص فلا يتغوط في كل ٣ ٤ ايام الا بعد ان يجرع مسهلًا

بدت معدته بالمعاينة الشعاعية سليمة وانفراغها من الباريت طبيعي ولم يبدُ بمعاينة الامعاء الشعاعية الا بعض التوسع مع تزوٍ في القولون المعترض.

فقطع عصبه الحشوي في ٣٠ تشرين الثاني ١٩٣٩ وسمح له بعد العملية ببضعة ايام بتناول الاطعمة فزال ألمه وتحسن هضمه وغابت اقياؤه وعاد تغوطه طبيعياً مرة حتى مرتين في اليوم .

ولم يبدُ بالمعاينة الشعاعية بعد العملية تبدل تشريحي في المعدة او القولون .

. . . .

احمد . . . يتألم منذ ثلاثين سنة من معدته بعد الطعام بساعتين الى ثلاث ساعات ولا تزول آلامه الا بعد ان يقيء او يحدث القيء

يعتريه قبض في الغالب وقد استشفى في خلال سنتين ثلاث مرات لهذه الاضطرابات المعدية المعوية فتحريت المتحولات في غائطه فكانت سلبية . ودلت المعاينة الشعاعية ان معدته هابطة حتى الحوض الصغير وكشفت قولوناً عرطلًا .

فقطع عصبه الحشوي الايسر في ٢١ تشرين الاول فبدا تحسن آني فانقطعت الاقياء وزالت الآلام وحلّ التغوط اليومي مكان القبض .

وبما ان المريض كان لا يزال يشكو بعض التطبل بعد الطعام قطع عصبه الحشوي الايمن في ٣١ تشرين الاول اتماماً للنتيجة . وترك المستشفى في ٣٠ تشرين الثاني وعوين في ١٥ كانون الاول فافاد ان الآلام قد بارحته وانه اصبح قادراً على تناول الاطعمة التي لم يكن يستطيع هضمها قبل العملية وان الآقياء قد زالت تماماً وانه يتغوط مرة في اليوم .

وقد دخل المستشفى ثانية في ٢٤ كانون الاول لاضطرابات قولونية متصفة باسهال ومواد مخاطية وترك المستشفى في ٩ كانون الثاني سنة ١٩٤٠ . م . خ .

❀❀❀

معالجات صغرى لسل الرئة

نشر ليلونغ مدير مصح السين تحت هذا العنوان مقالاً فيه آراء خاصة سديدة فآثرنا نقله لقراء مجلتنا تعميماً للفائدة قال:

أية المعالجات نصف لمصاب بسل الرئة متى خابت فيه محاولات استهواء الصدر (pneunothorax) الصناعي ولم يذعن للمعالجة الجراحية قبل ان يستنفد جميع المعالجات الاخرى ؟ بل ما عسانا نقترح على مريض تسرب اليأس في قلبه بعد ان قضى في المصحات اشهراً طوالاً ولم يستفد اقل فائدة واتانا ملحاً باستعمال معالجة تخفف عنه وطأة الداء ؟ بل كيف نحسن الاضطرابات الوظيفية في اشخاص أجري لهم تصنيع الصدر - thoraco) (plastie واستهواؤه وما زالت تزعجهم هجمات من التهاب القصبات او ما برحت تسوء حالتهم العامة على الرغم من انخماص آفاتهم الرئوية ؟

ان هذه المعضلات يجابهها في كل يوم اطباء المصحات فيصعب عليهم حلها اكثر من الاشارة على هذا باستهواء الصدر او على ذاك بتصنيعه . وغير نكير ان الاستهواء والتصنيع اصبحا من المعالجات الاساسية في سل الرئة غير ان مجموع المرضى الذين يستطيعون الافادة منهما لا يزال قليلا . ان هؤلاء الذين لا يجوز تصنيع صدورهم يجدون في المعالجات التي سنذكرها ما يخفف عنهم اجل انهم قد يستفيدون من النظام الصحي والغذائي المديد الذي يفرض عليهم في المصحات فائدة محققة غير ان هذه المعالجات الاخرى الصغيرة التي تختلف باختلاف المرضى لا تنكر فائدتها واذا لم تكن معادلة للوسائط المستعملة في خمص الرئة (collapsothérapie) فقد تأتي ببعض الفائدة . وهذه هي غايتنا من الكلام عنها في هذا المقال :

وليست غايتنا ان نأتي في هذه العجالة على ذكر جميع ما استعمل من الوسائط بل نودّ ان نذكر ما اثبتت لنا السنوات الكثيرة التي قضيناها في المصحات فائدته حتى انه اصبح حرياً بالنشر . واليك هذه الوسائط : الاضطجاع الجانبي المائل، والمعالجة بالسلين،

واستعمال المشتقات الحاوية بطريق الوريد ، واستعمال الحيوين C هـذه المعالجـة الحديثة الاخيرة .

١ — الاضطجاع الجانبي المائل

ان راحة المريض العامة في فراشه تكملها راحة موضعية يستطاع الحصول عليهـا بأوضاع خاصة اهمها الاضطجاع المائل .

وطريقته سهلة : يضجع المريض على فراش او كرسي خاص مستعمل في المصحات بعد رفع قدمي السرير بقطع من الخشب او الاجر او بعد تطويل قضيبي السرير اذا كان من النوع الذي يستطاع تطويله . ورفع السرير عشرين الى ثلاثين سنتيمتراً غير كاف فان اكثر مرضانا يبدأون اضطجاعهم المائل باربعين سنتيمتراً ثم يزيدونه تدريجياً الى ستين حتى الى ثمانين وتسعين سنتيمتراً . وعلى المريض ان يستند بظهره مباشرة الى سطح السرير او اذا كان الاضطجاع جانبياً ان يستند اليه بكتفه وتوضع وسادة فقط تحت رأسه .

وعليه ان يصرف معظم نهاره وليله كله في الوضع الذي اختاره وقـد كانت افضل النتائج في المرضى الذين كانوا يصرفون ١٨ ساعة من يومهم في هذا الوضع المائل طيلة اشهر عديدة . ويقبل المرضى على هذه المعالجة برضاهم واختيارهم بعد ان يلمسو بايديهم فائدتها في رفاقهم راغبين في تجربتها قبل ان يجازفوا في الالتجاء الى خمص الرئة الجراحي

ويحتمل المرضى هذا الوضع في الغالب واذا اعتراهم شيء من الانزعاج واضطراب الهضم في البدء فانه سريع الزوال ويعقبه شعور براحة يلذ للمرضى ذكرها والافصاح عنها ، حتى ان بعضاً من المرضى الهزلى المسترخية جدر بطونهم والمصابين بهبوط الاحشاء كانوا يشعرون بتحسن وظائف الهضم علاوة على تحسن آفتهم الرئوية غير ان هؤلاء الهزلى ليسوا في الغالب المرضى الذين يفعل فيهم الاضطجاع المائل فعله الباهر بـل المرضى السامنين الذين جسمت بطونهم . ولعل لضغط احشاء البطن التي تدفع الحجاب بعض الفعل ايضاً بانقاص سعة الرئة ومساعدة الوضع المائل . ولم يطرأ نفث دموي مطلقاً في خلال هذا الوضع ليحملنا على قلة استعماله .

لنرَ اولاً استطبابات الوضع الجانبي المائل في مرضى لم يعالجوا بمعالجات اخرى من شأنها خمص الرئة . ان المرضى الذين يشار عليهم بهذا الوضع مصابون عادة بسل رئة

واحدةاو بسلّ شديد الوطأةفي احدى الرئتين وخفيف في الرئة الثانية . وتقع آفاتهم في قمة الرئة او نصفها العلوي سواء اكانت ارتشاحاً بسيطاً او شكلاً ليفياً جبنياً او جيباً محاطاً بلحمة (parenchyme) سليمة . وخير نموذج لآفة يفعل فيها الوضع الجانبي المائل ما وقع في فص الرئةالعلوي سواء اكان مجوفاً ام لا، ولا سيما متى كانت قد بدت علامات دالة على الانقباض : انحراف المنصف الطفيف وبدء انقباض جدار الصدر وارتفاع النقير (hile) فبعد ان يحاول عبثاً في حالات كهذه الاستهواء الصناعي يشار على المريض بالاضطجاع الجانبي المائل على الجهة المريضة . وليس صعباً فهم آلية هـذا الوضع : فاذا كانت الآفة التهاب الفص العلوي الايمن واضطجع المريض على جانبه الايمن ثبت جـدار صدره الايمن بيد ان نصف حجابه الايمن يعلو ويتحرك حركات واسعة . فيكون قسم الرئة العلوي وهو الجزء المريض منها قد جعل في حالة الراحة وقد استفيد من استعمال القاعدة السليمة بحركات الحجاب الواسعة وهذا ما يرمى اليه في المعالجات .

واما الجهة اليسرى او الجهة الحرة فيتحرك جدارها حركات واسعة وتقلّ سعة حجابها فلا بد ، والحالة هذه ، من سلامة هذه الرئة او خفة الآفة فيها والا اسرع سير الآفـة واستفحل بسبب هذا الوضع المائل على الجهة المريضة . واذا وقعت الآفات في الرئتين لا يشار بالوضع الجانبي المائل بل بالاضطجاع الظهري المائل الذي تستند فيه الـكتفان الى سطح السرير . وقد استعملنا هذا الوضع في سل الرئتين بعد ان بدا لنا الاستهواء المزدوج مستحيلًا او لمعرفة انقباض الآفات وتعيين الجهةالتي يصح الابتداء بخمصها .وقد فوجئنا في بعض المرضى بمفاجأة حسنة هي زوال الآفات التام في احدالجانبين او في الجانبين معاً بعدهذاالوضع والوضع المائل واسطة مكملة للوسائط الاخرى المستعملة في خمص الرئة فاذا جاء بعدها كان متمماً لها غير ان ما نتـكلم عنه في هذا المقال هو استعمال الوضع المائل في حالات لم تخمص فيها الرئة بالوسائط الاخرى غير اننا اذا جئنا على فعل الوضع كواسطة متممة للوسائط الاخرى فلـكي لايظن القارىء ان هذا الوضع ممنوع بعد استعمال تلك الوسائط فاذا قطع لمريض عصب حجابه كان في الوضع الجانبي المائل افضل واسطة لنجاح العملية . واذا صنّع صدر مريض كان في اضجاعه على جهته المبضوعة متى اصبح اضجاعه عليهـا ممكناً خير متمم لفعل العملية الجراحية حتى ان هذا الوضع الجانبي المائل قبل العملية مفيدٌ ايضاً

وانه ليطول بنا البحث اذا جئنا على ذكر المشاهدات الكثيرة التي جنينا منها احسن النتائج من الوضع الجانبي المائل غير اننا نكتفي بمشاهدة مريض فقط مصاب بالتهاب الفص العلوي الايمن المحتفر باجواف كثيرة وقد اقترحنا عليه تصنيع الصدر فالح بتجربة هذا الوضع قبل قبول المعالجة الجراحية وكانت النتيجة ان كهوفه انغلقت بعد بضعة اشهر وعصيات كوخ غابت من قشاعاته . وقد دخل هذا المريض المصح بعد ان قطع عصب حجابه ولم يستفد .

وان ما جنيناه من الفوائد التي لم نكن لنفكر فيها تدعونا الى الاشارة باستعمال الوضع المائل وتحدونا الى نشر هذه النتائج ليستعملها سوانا في مرضاهم الذين يرفضون المعالجة الجراحية .

٢ — المعالجة بالسلين (Tuberculinothérapie)

ليست غايتنا ان نأتي على ما دار من المناقشات الحادة حول هذه المعالجة ولا على الآراء المتباينة المتضاربة فيها لان هذه الاختلافات تعلل بتباين المرضى الذين استعملت هذه المعالجة فيهم ومما لا شك فيه انها لا تزال حتى اليوم تأتي بأجل الخدم في فئة معينة من المرضى فهي لا تستعمل ابداً في المرضى الذين قدم العهد على آفاتهم او اعترتهم الحمى وساءت حالتهم العامة اوطرأت عليهم اختلاطات حشوية .

فقد اتت المعالجة بالسلين بنتائج حسنة في مرضى مسممين بذيفانات السل غير انهم خالون من الآفات الرئوية او على الاقل من الآفات الرئوية الآخذة في السير حيث لا يخشى اقل تفاعل في البؤرة . وقد حسنت هذه المعالجة ايضاً بعضاً من المسلولين المزمنين الذين لا يزالون محتفظين بحالة عامة حسنة والذين خابت فيهم جميع المعالجات المضادة للسل فكانت السلين خير اداة في تحسين حالتهم .

وقد اكتسب بعض من المرضى بعد ان قضوا مدة طويلة في المصحة حالة عامة تبعث على الرضى غير انهم احتفظوا بآفات موضعية من السل الليفي الجنبي متصفة بعلامات واضحة بالاصغاء لم تستطع شتى المعالجات تبديلها فبعد معالجتها بالسلين اخذت تتبدل سائرة في طريق الشفاء وليعلم مع ذلك ان المرضى المعالجين بالسلين لا تظهر فيهم دائماً تبدلات واضحة بالفحوص الجرثومية والشعاعية . بل ان نتيجة المعالجة تقاس بتحسن العلامات اجمالاً : ولا سيما المتانة

العامة التي تبدل تبدلاً صريحاً فان بعضاً من المسلولين كانوا قبل المعالجة بالسلين لا يستطيعون حراكاً فاصبحوا بعدها قادرين على الحركة وتحمل التعب الشديد .

اما طريقة المعالجة التي اتبعناها فهي اننـا استعملنا اولاً محاليل ممددة من سلين مستوصف باستور المنقى وكنا نعاقب حقنة منه خلال الادمة بحقنة تحت الجلد غير مبدلين المقدار ولم نكن نضطر الى تعدي المقادير المتوسطة عند انهاء المعالجة

فقد كنا نبتدىء بعشر السنتيمتر المكعب من سلين مستوصف باستور ذي الكثافة (١٠٠ ٠٠٠) ثم كنا نزيد المقدار تدريجياً فنصنع ١/٢٠ ثم ١/١٠ من السنتيمتر المكعب من سلين مستوصف باستور ذي الكثافة (١٠٠ ٠٠٠) متدرجين في المقادير على الوجه الآتي :

١/٢٠ ، ١/١٠ ، ١/٤ ثم ١/٢ سم٣ من سلين مستوصف باستور ذي الكثافة ١٠٠٠

١/٢٠ ، ١/١٠ ، ١/٤ ثم ١/٢ سم٣ « « « « « « ١٠٠

١/٢٠ ، ١/١٠ ، ١/٤ ثم ١/٢ سم٣ « « « « « « ١٠

١/٢٠ ، ١/١٠ ، ١/٤ ثم ١/٢ سم٣ « « « « « الصرف .

غير ان نتائجنا كانت اضمن وخالية من العوارض منـذ ان بدأنا نستعمل سيلفانين (Sylvanine) الاستاذ سيفاي (Sevay) وهو مستحضر لم يعرف تركيبه حق المعرفة وكل ما نعلم عنه انه سلين معدل بالكلور واليود وان بلوغ المقادير العالية فيه بسرعة مستطاع

ويستلزم استعمال السيلفانين طريقة دقيقة معينة نرى من الضرورة ذكرهـا وفقاً للمعلومات التي تلطف باعطائنا اياها العليم سيفاي نفسه :

فالمعالجة ممنوعة : في الحادثات القديمة المزمنة والحادثات الحادة والتهـاب السحايا . وهي ممنوعة موقتاً في ذات الرئة الجبنية مع حمى عالية ولتقس حرارة المريض بدقة في سياق المعالجة خلال ٨ — ١٥ يوماً كل ساعتين . ويفضل قياس الحرارة الابطية على ان يظل المقياس زهاء عشر دقائق ويبقى العضد ملاصقاً ملاصقة حسنة للصدر . ويستحسن منذ

بدء المعالجة ان تقيد على المخطط المقادير المحقون بها واقصى درجة وادنى درجة للحرارة مع النبض والوزن والتقشع لتعلم النتائج المجتناة من المعالجة .

ويفضل ألا تعالج الحادثات الحمية في البدء بل الحادثات المزمنة لتعلم نتيجة المعالجة ويستنتج من الاختبار الطويل ان المعالجة بالسلين جائزة فقط في حالات لا تتعدى فيها درجة الحرارة ٣٨،٥ ولتراقب في سياق المعالجة وظيفة انبوب الهضم ويعالج اذا اقتضى الامر المعالجة اللازمة .

وتصنع الحقن بمحقنة خاصة تسمى محقنة السلين وسعتها سنتمتر مكعب واحد . وهي مدرجة عشر درجات وكل منها مقسومة قسمين بخط اقصر . ويعتبر كل سم٣ غراماً واحداً تسهيلًا للامر فتعادل كل درجة عشرة سنتيغرامات من السيلفانين وكل نصف درجة خمسة سنتيغرامات وكل ربع درجة ٢٥ مليغراماً وهي المقدار الذي تبدأ به المعالجة . وتعيين مقدار ٧ سنتيغرامات سهل ايضاً بهذه المحقنة .

ولينتبه الى فقاقيع الهواء لانها اذا دخلت المحقنة شوشت المقدار الحقيقي . ويجب غسل المحقنة بعد الاستعمال بمصل غريزي فيني بنسبة ١/٢ ٪

وتصنع الحقن بالتعاقب في الساعدين والعضدين واذا اقتضى الامر في الفخذين ايضاً ويجتنب صنع حقن كثيرة في مكان واحد . وحذار من الحقن تحت الجلد او العضلات او الوريدات والا كان التفاعل شديداً . والتفاعل اخف اذا ما صنعت الحقنة في السهرة او بعد الظهر وقد ذكرنا ان المريض يحمل السيلفانين اكثر من السلين وان الطبيب يستطيع بلوغ المقادير الكبيرة بسرعة .

يبدأ بخمسة وعشرين مليغراماً اي بربع درجة ويستريح المريض ثلاثة ايام وتزاد المقادير على الوجه التالي : الحقنة الثانية خمسة سنتيغرامات ثم سبعة فعشرة فخمسة عشر فعشرون اي تزاد كل حقنة عما قبلها خمسة سنتغرامات حتى الستين سنتيغراماً ثم تزاد كل حقنة بعد بلوغ هذا المقدار عشرة سنتيغرامات حتى السنتيمتر المكعب . ومتى بلغ مقدار الحقنة ٧٠ سنتيغراماً تجعل الفاصلة بين كل حقنة وما بعدها ٤ — ٥ ايام

ومتى اصبح المقدار سنتمتراً مكعباً تبدو احدى هذه الحالات :

١ — تكون حالة المريض العامة حسنة والآفات الرئوية ايضاً فتوقف المعالجة

ثلاثة الى اربعة اشهر مع مراقبة المريض عن كثب ثم تعاد المعالجة على هذا النحو حتى الشفاء

وهذا الطرز حسن غير ان المرضى ينتظرون في الغالب نكساً يطرأ عليهم ليرجعوا الى الطبيب فيتشوش سير المعالجة وتختل نتائجها .

أو ان المعالجة تتبع بدون انقطـاع فتكمل باستعمال المستحلب العصوي المعدل فالمستحلب الصرف .

٢ — او ان حالة المريض العامة لا تبعث على الرضى على الرغم من تحسنه فتتبع المعالجة حينئذ بدون انقطاع بزيادة عشرة سنتيغرامات في كل حقنة حتى السنتمتر المكعب والنصف او السنتمترين في الحقنة الواحدة ثم بالمستحلب كما ذكر اعلاه .

ومتى بدا تفاعل حمي ولو لم يتعدَ بضعة اعشار الدرجة تستحسن اعادة القدار نفسه الذي احدث التفاعل مرة او مرتين ولا يجوز الصعود الى مقدار اعلى الا متى احتمل المريض جيداً المقدار الذي سبقه وعلى المريض طيلة المعالجة ان يواظب على الراحة ما امكن وان يتغذى تغذية حسنة ليزداد وزنه فيكون ذلك دليلاً اكيداً على نفع المعالجة .

ومتى روعيت هذه القواعد في المعالجة بالسلين جنى المرضى منها خير النتائج فتحسنت حالتهم العامة وآفاتهم الموضعية : ازداد اشتهاؤهم ونشطت قوتهم وزال عرقهم وارتفع وزنهم وانتظمت حرارتهم ونبضهم وقلّ سعالهم ثم زال ونضب تقشعهم وزالت العصيات منه وتحسنت في الوقت نفسه علامات الاصغاء .

٣ — المعالجة بمشتقات الحامض الجاوي بطريق الوريد

استعملنا جميع ما اتانا به فن المعالجة من المركبات الكيمياوية لمكافحة السل وقد عدلنا الآن عن استعمال ملاح الذهب الا في بعض من الحالات النادرة كما لو سألنا احد المرضى ملحاً باستعمال ملح الذهب الذي جنى من استعماله في السابق فائدة كبيرة. والامر الذي لا خلاف فيه هو ان استعمال ملح الذهب لا يخلو من العوارض ايا كان المركب المستعمل وقد عالجت كثيراً من هذه العوارض فكان افضل ما نسدده اليها محلول الغليكوكول بنسبة ٤ ٪ حقناً في الوريد والمثابرة على استعماله طويلاً حتى ان استعمال الغليكوكول وملاح الذهب في آن واحد يقلل هذه العوارض ويخفف وطأتها .

وقد جنيت مدة من الزمن فوائد حسنة من حقن الوريد بزرقة الماثيلين غير ان هذه

الفوائد كانت موقتة وكان لا بد من الاقرار بان زرقة المائيلين كملاح الذهب لا فائدة كبيرة منهما في معالجة السل .

وقد استعملنا جاوات الصوده حقناً في الوريد منذ زمن في عـدد عديد من المرضى واقتنعنا انه اداة ثمينة في معالجة بعض من اشكال السل الرئوي .

وقد سهل استعماله منذ ان بيعت في التجارة مشتقات الحامض الجاوي ولا سيما جاوات الديأتانولامين(benzote de diéthanolamine)التي تقل سميتها ولاتصلب الاوردة فضلاً عن سهولة انحلالها

وقد استعملناها فلم تلقَ منها عوارض تذكر الا بعض اضطرابات هضمية بعد الحقن الاولى . ويجب ألا يعالج بها جميع من كانت اكبادهم وكليهم في حالة سيئة . وافضل طرز لاستعمال العلاج هو حقن الوريد يومياً بحبابة فيها عشرة سم٣ من جاوات الديأتانولامين في محلول مائي نسبته ٢٠ ٪ طيلة عشرين يوماً متتابعة . وحينما كانت تقضي الحالة باستعمال سلسلة ثانية من الحقن تفصلها فاصلة عن السلسلة الاولى لم تكن النتائج باهرة كما في المرة الاولى .

واما المرضى الذين يستفيدون من هذا العلاج فهم الذين تكثر قشاعاتهم فان التقشع ينضب بسرعة والسعال يخف فينام المريض نوماً هادئاً ويتحسن اشتهاؤه ويعلو وزنه

ويستعمل الحقن بمشتقات الحامض الجاوي في المرضى الذين على الرغم من تصنيع الصدر يظلون مصابين باعراض نزلة قصبية وتقشع مخاطي وافر فان هؤلاء يجدون في هـذا العلاج خير اداة لتحسين حالتهم . فمشتقات الحامض الجاوي مفيدة كل الفائدة قبل المعالجات الخامصة للرئة (استهواء الصدر ، وقطع عصب الحجاب وتصنيع الصدر ، والترصيص « plombage») فهي تقضي القضاء المبرم على العصيات بعد ان كانت لا تزال في القشع بعد المعالجات الآنفة الذكر . واما في الحادثات التي لم تعالج بخمص الرئة فمشتقات الجاوي وحدها لا تأتي على العصيات ولا تتمكن من تحسين الحالة تحسيناً يذكر .

٤َ — المعالجة بالحيوين C

اننا نذكر القراء بمشاهدات ذوات الجنب النزفية التي كانت تقع في سياق استهواء الصدر الاصطناعي فقد تحسنت تحسناً محسوساً بالحيوين C

ليس من يجهل الصعوبة التي يجابهها الطبيب في معالجة ذوات الجنب هذه سواءا كان الانصباب نزفياً وتالياً لاستهواء الصدر اوكان مبكراً وذا سير حاد خطر . وقد توصلنا بحقن الوريد بالحوين C الى تحسين هؤلاء المرضى . وليس لهذا الحقن من المحاذير ما للاستنشاق والطرائق الاخرى .

ومما يجب لفت النظر اليه هو استعمال مقادير كبيرة من هذا الحيوين وبطريق الوريد حتى بطريق جوف الجنب فقد حقنا اوردة مرضانا في الايام الاولى كل يوم بمحتوى حبابة من الحيوين C قوامها ٢٠٠٠ وحدة دولية . ولم نلجأ الى جعل الحقن مرتين او ثلاث مرات في الاسبوع الا بعد ان بدا التحسن السريري ثم تابعنا هذه المعالجة المخففة طويلاً .

واذا كان بعض من المؤلفين قد خاب في معالجة هذه الانصبابات النزفية بالحيوين C فلأن المقادير التي كان يعطيها قليلة ولانه استعمل هذا الحيوين بطريق الفم .

وان ما نلناه من النتائج الحسنة في معالجة هذه الانصبابات النزفية يحملنا على الجهر بفائدة هذا الحيوين والحث على استعماله لانه خير ما يسدد الى هذا الاختلاط الذي لم تكن لتنجع فيه وسيلة .

م ٠ خ ٠

❀❀❀

سرطان الرئة البدئي

وطريقة تشخيصه

طرأ في السنوات العشرين الاخيرة تبدل كبير على سرطان الرئة البدئي واختلفت معلوماتنا بشأنه عنها في السابق . ويظن ان هذه الآفة قد ازدادت حادثاتها لتبدل طرز المعيشة ونمو الصناعات وكثرت اشكالها فبدت منها علاوة على الاشكال القديمة المعروفة اشكال مبهمة فازداد التشخيص غموضاً وصعوبة . فسرطان الرئة في بدئه ورم موضع وانتباج عقد المنصف فيه علامة متأخرة ومعالجته الجراحية في البدء واجبة .

يقلد سرطان الرئة دائماً الآفات الرئوية والجنبية والقصبية المزمنة واشكاله البارزة هي :

الاشكال ذات النموذج الرئوي
الاشكال الموسعة للقصبات
الاشكال المتقيحة
الاشكال السلية الموهمة
الاشكال المنصفية الرئوية .

الشكل الرئوي : يسعل هؤلاء المرضى ويتفلون ويشعرون بزلة (dyspnée) لا يعيرها الطبيب اهتماماً لانهم يدخنون في الغالب بل تنسب آفتهم الى التدخين غير انها تتصف مع ذلك بصفات خاصة اذا دقق فيها . فان السعال الذي يمتاز باستعصائه قد يتخذ لحناً شرقياً(coqueluchoïde) واما التقشع المخاطي او المخاطي الصديدي فنادر في الغالب وقد يغيب . ونفث الدم قل ان يكون هلامياً واحمر مسوداً بل هو في الغالب احمر

قرمزي وافر او قليل حتى انه قد لا يكون الا بضع خيوط دموية في التفلات . وهذا النفث الدموي اياً كان شكله مبكر في الظهور حتى انه يعدُّ العلامة المنذرة بالداء وخال من عصيات كوخ .

والعلامتان اللتان يعتمد عليهما في تشخيص سرطان الرئة هما الألم الصدري والزلة: فالألم الصدري هو في الغالب علامة الداء الاولى واذا كان خفيفاً في بعض الحادثات فانه عادة حاد ومتواصل مع اشتدادات متشعبة على مسير الاضلاع وفي الظهر والكتف . واما الزلة فتى بدت وكانت العلامات الفيزيائية قليلة والحالة العامة حسنة فتبعث على الشك في سرطان الرئة . ولا سيا متى اشتدت وازعجت المريض فلم يعد قادراً على احتمالها واضطر بسببها الى الامتناع عن كل عمل

هذه هي العلامات المنذرة التي يشكوها المريض غير ان الآفة لا تتضح الا بعد المعاينتين السريرية والشعاعية . فقد تكشف بؤرة تكثف محدود في قاعدة الرئة او قمتها مع انكماش الصدر الموضع وخرس (matité) وصمت تنفسي او يظهر تناذر كهفي واضح مع خرس ونفخة وخراخر جوفيـة وقرقرة او تناذر مسدف (fruste) لا يبدو فيه غير نقض (craquement)وهمهمة (pectoriloquie aphone)او يظهر تناذر تصلب رئوي متصف بتشوه الصدر وخرس خفيف ونقص التموجات الصدرية والحفيف التنفسي . واذا شك في سرطان الرئة لهذه الاعراض المبهمة التي ذكرناها فتش عن العقد اللنفاوية المتبجة في الابط وفوق الترقوة ويستحسن استئصال عقدة ومعاينتها النسيجية .

اما الاشعة فتكشف ظلًا جسياً يكاد يكون متجانساً في قة الرئة او قاعدتها او في ملتها عافاً عن القمة والقاعدة مختلفاً عن ظل الكيسة المائية بعدم انتظامه .وتكشف في الوقت نفسه شللًا في الحجاب فتحمل على الشك في السرطان

الشكل الموسع للقصبات : هو شكل كثير الحدوث فتى بدا توسع قصبي في شخص ما بين الاربعين والستين من عمره ورافقته حمى وكانت حالته العامة لا تزال حسنة غير انه شكا في الوقت نفسه ألماً صدرياً مستعصياً او نفثاً دموياً ولم تكشف في قشاعاته عصية كوخ شك في سرطان الرئة . ولا تختلف العلامات السريرية في هذا الشكل عنها في توسع القصبات غير ان الفحص الشعاعي يكشف علاوة على تكثف الرئة شلل الحجاب بيد ان

حركات الحجاب في توسع القصبات لا تفلج بل تبقى ولو صغرت

الشكل المتقيح : خادع وغامض جداً لانه يحمل على الظن بخراج الرئة . حتى ان انفتاح بؤرة الخراج في القصبات وانفراغها قد يكون فاجعاً ولا يستدل من صفات الصديد انه صديد خراج سرطاني لانه مشابه تمام المشابهة لصديد الخراجة العادية . وليس التقشع في الغالب نتناً غير انه قد يكون كذلك . ولكن نفث الدم كثير الحدوث وخطر خلافاً لما هو عليه في تقيحات الرئة العادية ولا يستدل من المعاينة السريرية والشعاعية ما يحمل على الظن بسرطان الرئة لان العلامات شبيهة بعلامات خراجة الرئة .

الشكل السلي الموهم (pseudo-tuberculeuse) : يشابه السل بالهزال السريع والحمى الثابتة والسعال والتقشع ونفث الدم. والعلامات السريرية والشعاعية شبيهة بسل الرئة غير ان تحري عصيات كوخ في التقشع يظل سلبياً

الشكل الجنبي : يتزيا بنموذجين : في الاول : يظهر انصباب الجنب معرقلاً سرطان رئة واضحاً في الغالب ويسهل كشف الورم الرئوي في الغالب سريرياً وشعاعياً . واما في الثاني فيظل الورم الرئوي غامضاً ويتغلب انصباب الرئة

ويتصف البدء الغامض بألم وزلة اشد مما في ذوات الجنب الحادة العادية . وتكشف المعاينة السريرية انصباباً وافراً وتستخرج بالبزل كمية قليلة من السائل ولا تخف العلامات الوظيفية بعدها . والسائل المستخرج مصلي ليفيني في الغالب او نزفي وقد يكون كيلوسياً ويعود السائل بسرعة بعد البزل .

ويكشف الرسم الشعاعي ظلاً في ذات الجنب . ومتى بدت ذات جنب في شخص عمره ٤٠ — ٦٠ سنة يجب ان يفتش في الرئة عما اذا كان ورم فيها ام لا .

الشكل المنصفي الرئوي : يظهر المريض بمظهر مريض مصاب بورم المنصف المتصف بعلامات انضغاط الاعضاء فيه . غير ان هذه العلامات قلّ ان تكون تامة وهي في الغالب ناقصة وتجب اعادتها الى السبب الذي احدثها . فان ازرقاق الوجه والزلة الاشتدادية والصوت الاصحل او المزدوج اللحن وعسر البلع علامات تحمل على الظن بسرطان

المنصف فعلى الطبيب ان يفتش عن علامات الانضغاط هذه حتى اذا بدت له كان عليه ان يكمل معاينته بمعاينة شعاعية يكشف بها علاقة الورم بالرئة .

. . . .

هذه هي المظاهر التي يظهر بها سرطان الرئة البدئي غير انها قلّ ان تكون جميعها واضحة بل كثيراً ما يختلط بعضها بالبعض الآخر فيزداد الامر غموضاً .

م . خ .

❀❀❀

الجزء ٩ المجلد ١٤



دمشق في آذار السنة ١٩٤٠ م الموافق لمحرم السنة ١٣٥٩ هـ

جراحة الودي

(Chirug ie du sympathique)

للعليم لوسركل استاذ السريريات الجراحية

اخذت جراحة الودي في هذه السنوات الاخيرة تزدهر مستفيدة من النشريات العديدة التي اذاعها المشرحون والفرازيون عن هذا الجهاز ويقتبس من هذه الاعمال عدد من المعلومات لا غنى عن ذكرها قبل ولوج مبحث المعالجة .

فقد ثبت كما يظهر ان مدى الودي هذا الجزء من الجهاز العصبي الذي يرئس، وهو صامت هادىء وعينه لا تنام ، حياة جميع الاعضاء والنسج، كان اكثر من مدى الجزء الثاني من الجهاز العصبي المسمّى جهاز حياة المشاركة العصبي . وهذان الجزءان اللذان فصلهما علم التشريح ليسا في الواقع الا وحدة لا تجزأ لان القسم المركزي من الجهاز العصبي شامل لحياة المشاركة وللحياة الانباتية (végétative) واذا جازت قسمة الجهاز العصبي فانها لا تصح في الظاهر الا في الاقسام المحيطية من البدن

ويقتبل الجهاز العصبي المركزي في الواقع جميع التأثيرات التي تنقلها استطالات الخلايا الحسية خارجية كانت هذه التأثيرات او داخلية . فتفعل هذه التأثيرات في الخلايا الحركية المخططة التي تقوم بوظائف خلايا المشاركة وفي الخلايا الحركية الملس والقلبية او في الخلايا المفرزة التي تحقق بها سلامة البدن وحفظه (الحياة العضوية او الانباتية) .

وابرز فرق بين هذين الجهازين هو ان المراكز الانعكاسية في حياة المشاركة واقعة جميعها في المحور العصبي (nevraxe) اي انها مركزية بيد ان هذه المراكز في الحياة الانباتية مركزية او محيطية فاذا كانت مركزية وقعت في المحور العصبي او محيطية وقعت في جهاز العقد الذي يتصف به الودي المحيطي وتمثل هذه الجامعات العصبية(neurones) في الواقع نخاعاً في خارج القناة الفقرية

ويشتمل الودي عدا ذلك على قسمين :

١ً — الودي الكبير الدرسي الذي يتوزع في الاعضاء جميعها والنسج .

٢ً — نظير الودي (parasympathique) الذي درس حديثاً ويقسم قسمين الجمجمي والحوضي .

واذا نظرنا الآن الى وظائف الودي الكبير اجمالاً تمثل لنا :

١ً — العصب الكبير المحرك لالياف الاوعية الملس (الوظيفة الحركية الوعائية) والعصب المحرك للقلب اي المسرع له .

٢ً — عصب الوريقة الظاهرة (ectoderme)والغدد العرقية (العصب المفرز للعرق) والغدد الشحمية والشعر والعضلات « العصب الشعري الحركي » وما الجلد والحالة هذه الا مرآة الودي الكبير .

٣ً — العصب الموسع للقزحية والعصب العيني المحرك الاملس .

٤ً — العصب المحرك للالياف الملس والمفرز في الاحشاء « جهاز التنفس وانبوب الهضم وجهازا التناسل والبول »

٥ً — عصب الغدد الصم (endocrines) وهذا ما يجعل له في مبحث الامراض دوراً متغلباً .

٦ً — عصب التطور (métabolisme) الخلوي .

واما العمليات الجراحية التي تجرى على الودي فهي: قطع الالياف امام العقد او قطع الجذور ، وقطع السلسلة (chaine) ، واستئصال العقد، وقطع الودي حول الشرايين.

وترمي جميعها الى غايتين تنشأ منهما نتيجتان مرتبطتان اشدّ الارتباط وهما : محو الانعكاسات الودية الشاذة وجعل النظام سائداً في المراكز الملس الحركية المحيطية .

وانه ليستحيل بعد ايراد ما تقدم ان تخضع جراحة الودي لقواعد معينة او احصاءآت والمعضلات التي تحيق بها جمة . غير ان نقل النتـ ـج المجتناة من هذه التوسطات امر مستطاع مع ذلك . وقد رتبها لريش الترتيب التالي :

جراحة الألم
الجراحة الحركية الوعائية
جراحة اختلالات التغذية
جراحة الارتجاج (tonus)
جراحة بعض من الآفات الحشوية خارج عن الفئات السابقة .

١ً — جراحة الألم

ان ما نشر من المشاهدات كاف لاثبات قيمة هذه الجراحة في محو الألم واذا شذّ بعضها عن طريق النجاح فاي طريقة تخلو من الشذوذ ؟ وربما كان سبب الخيبة في كثير منها استعمال هذه الجراحة حيث لا يجوز استعمالها .

نذكر من الآلام التي تكافح بجراحة الودي عدا العصابات «algies» المبينة المناسبة لجذر او جذع معروف والتي تقوم مكافحتها بقطع جذر عصبي او عصب حسي محيطي مثال على ذلك عصابات المثلث التوائم (trijumeau) وجميع الآلام الحشوية ، وعصابات الاطراف التي لا تتوزع توزعاً مناسباً لتوزع الاعصاب المحيطية التشريحي لجميع هـذه الآلام ودية وتكافح بالجراحة المجراة على الودي. والصعوبة كل الصعوبـة هي في تعين نوع العملية المناسبة لكل حالة والمكان الذي يصح فيه التوسط . وان ما يجرّ الى الخيبة في بعض من الاوقات هو نقص هذه المعلومات التشريحية الواضحة .

وتعود اسباب الخيبة عدا ذلك الى امرين :

١ً — جهلنا لطريقة يحقق بها قطع التيار العصبي قطعاً اكيداً ومنع الورم العصبي « névrome » عن التكون في مكان الندبة . وتكوّن هذا الورم العصبي الذي تنشأ منه بعد حين انعكاسات رضية هو السبب الاكبر في خيبة الجراحة على الودي .

٢ً — بقاء الشخص الذي تألم عصبه الودي واستلزم الجراحة في حالة وهن ودي بعدها فاذا طرأت عليه انفعالات ورضوض طفيفة كانت كافية لعودة آلام كانت قد تركته منذ زمن

مديد . فلا عجب بعد هذه الاسباب النفسية والجسدية اذا ما قامت في وجه هذه الجراحة عقبات صعبة التذليل .

ومهما يكن فان ما ثبت فعله حتى الآن وما يجوز للباحث ان يجول فيه هو ما يلي :

أ — العصابات الحشوية

خناقات الصدر: تشفي العمليات على الودي شفاءً ثابتاً خناقات الصدر التي لا علاقة لها بآفة قلبية وتينية (cardio-aortique) آخذة في السير اي الخناقات التي ليست علامة لآفة قلبية او وتينية او لخثرة (thrombose) اكليلية . وتمحو العملية الألم والنوب فيستعيد المبضوع (opéré) حياته العادية . والجدال قائم الآن في ما اذا كان الابقاء على العقدة النجمية ام استئصالها مفضلاً . ان لريش يستأصلها حتى انه يستأصل العقدتين في الجانبين احياناً .

اسراع القلب الاشتدادي

يجد واسطة ناجعة في تخضيب العقدة النجمية او استئصالها .

في بعض من آفات المعدة المؤلمة

قد اجريت عمليات مختلفة في بعض آلام المعدة التي لا علاقة لها بالسهام (tabès) او بالقرحة فقطعت جذور وقطع العصب الحشوي (splanchnique) وكانت النتائج حسنة في الغالب غير ان اتخاذ خطة معينة بهذه الآفات لا يزال سابقاً لأوانه .

في بعض من آفات الامعاء المؤلمة وفي الركود الاعوري مع امساك

أن قطع العصب الحشوي او الضفيرة الماساريقية السفلى ، او السلاسل القطنية قد اتى ببعض الفوائد .

التهابات المثانة المستحيل بضعها

يشار فيها باستئصال العقدة الخثلية وقطع العصب امام العجز .

في عسر الطمث الذي لا سبب تشريحي له وفي التهاب المبيض التصلبي الكيسي

يأتي قطع العصب امام العجز فيهما كما في آلام سرطان الحوض الذي لا يستطاع استئصاله بنتائج حسنة ومديدة .

ب — العصاب الوجهي

ان قطع العصب الوجهي خلف عقدة غاسر هو انجع معالجة في العصاب الوجهي واذا رفض المريض هذه المعالجة كان له في الحقن بالكحول على مسير الشريان الوجهي والشريان الصدغي السطحي اداة ناجعة في زوال الآلام ثلاثة الى ستة اشهر . وقطع الودي يخيب في العصاب المتواصل الناشيء من غير المثلث التوائم .

ج — عصابات الاطراف التالية للرض :

الحراق : يشفي قطع الودي حول الشريان او استئصال شريان مسدود الحراق (causalgie) شفاءً تاماً في اكثر الاوقات غير ان بعضاً من الحالات يستلزم قطع الجذور او السلاسل .

العصابات المختلفة ولا سيما ما تلا منها الرضوض الطفيفة على الاصابع : ان قطع الودي حول الشريان لا يكفي فيها. ان التخدير الموضعي والمكرر في البدء وكحولة أعصاب الناحية المصابة قد تؤخر سير الآفة ولكن متى تعدى العصاب اليد كان لا بد من قطع الجذور من العنقي الثاني حتى الظهري الاول .

الجذامير (moignons) المؤلمة : يستأصل الورم العصبي في الآلام التي تتوزع بحسب جذع عصبي . ويقطع الودي حول الشريان في الجذامير المؤلمة التي تظهر فيها هجمات وعائية حركية ووذمة وازرقاق وتقرح . ويقطع الجذع او الجذر متى كانت الاضطرابات منتشرة او متى خابت المعالجات السابقة .

عصابات الملتهبة شرايينهم : متى سدّ شريان واحد في مكان معين كانت الوسيلة الناجعة استئصال القطعة المسدودة منه . ومتى كان التهاب الشرايين منتشراً من نموذج ليوبرجه يخف الألم مدة مديدة بقطع الودي حول الشريان . وقد اتى استئصال الكظر والسلسلة القطنية بنتائج باهرة. ويخفف قطع الودي حول الشريان الألم السابق للغنغرينة في المعصودة شرايينهم(athérormateux)غير ان الانذار الجراحي اقل جودة متى كان ازرقاق عادي مما لو ظهرت فجأة نوب تقلص مع قدم باردة . غير ان التجربة جائزة في كل حال لانه ما من خسارة تذكر اذا خابت العملية واما اذا نجحت فالكسب كبير . وتعلل الخيبة دائماً باسباب موضعية كان باستطاعة رسم الشرايين ايضاحها قبل العملية .

٢ — الجراحة الوعائية الحركية

أ — الادواء الوعائية الحركية بدون آفة بدئية في جدار الشريان : لا يعدّ الداء الوعائي الحركي صرفاً الا متى كان الدوران الشرياني طبيعياً في فترات النوب كما في داء رينو . وتنجح عادة التوسطات على الودي في حالات كهذه . فاذا كانت نوب تشنج وعائي اكتفي بقطع الودي حول الشريان واما اذا كانت الحادثة قديمة وخطرة فيلجأ منذ البدء الى قطع الجذر حتى الى استئصال العقد وسلاسلها . وتعدّ هذه التوسطات خير الوسائل متى لم يكن الداء الافرنجي سبب الآفة ، في محو نوب الألم كما في داء رينو محواً لا عودة بعده . ولتجعل في فئة الادواء الوعائية الحركية الادواء التي تشترك معها احياناً كالقشع « sclérodermie » والتهاب الادمة المضمر . ويستلزم التحسن في هذه الحالة وقتاً طويلاً غير انه يتمّ شيئاً فشيئاً وبانتظام .

ب — اضطرابات وعائية حركية مشتركة مع امراض عضوية في الاوعية : اذا لم يكن وقوف الدوران في التهاب الشريان تاماً وكافياً لاحداث غنغرينة سريعة او مواتاً موضعياً انقص وظيفة العضلات « عرج متقطع » وتغذية الاقسام الرخوة . والآلام والازرقاق والوذمة واضطرابات التغذية تابعة جميعها للاضطراب الوعائي الحركي الذي يمحى محواً باتاً اذا استؤصلت قطعة الشريان بل يتعداه الى قطع الودي حول الشريان وفيه ، في القطعة المستأصلة جميعها . والتفاعل الوعائي الموسع الذي يتلو هذه العملية شبيه بما يحدث بعد قطع الودي حول الشريان او قطع الجذر . ولهذا يعدّ قطع جزء من الشريان في جروح الشرايين مفضلاً على الربط لان قطع الودي حول الشريان الذي يكون قد تمّ بنزع القطعة الشريانية يوسع الاوعية المحيطية ويسهل الدوران المعيض . فليعلم ان كل آفة شريانية تضاعفها آفة عصبية وان كل عملية على شريان تنضمّ اليها في الوقت نفسه عملية على الودي . واذا كان هذا حقّ لجراحة الودي ان تمتد الى معالجة التهاب الشرايين الشيخوخي . فان قطع الودي حول الشريان يخفف في الغالب الآلام التي تسبق الغنغرينة ويحدد الغنغرينة نفسها فيكتفى بعمليات اقتصادية . وجرياً على هذه القاعدة نفسها يجرب به شفاء الوذمات الجراحية في الاطراف وما يتلو التهابات اوردتها من الاضطرابات البعيدة .

ج — الاضطرابات الوعائية الحركية التالية للرض : الوذمة الرضية ، الاضطرابات

الغريزية ، ترقق العظم (ostéoporose) المنتشر . التهاب المفصل الرضي . ان للعمليات على الودي اذا ما اجريت في وقتها نتيجة باهرة في هذه الحالات . ولا يبطىء منها في الشفاء الا انصباب المفصل المصلي الذي قد يكون ناشئاً من آفات في المحفظة لا تشفى . وكلما كان الشخص فتياً وبكر في العملية حسنت النتائج .

٣ — جراحة الارتجاج

سواء أأشتركت اضطرابات الاعصاب المحيطية ام لم تشترك فان التقفعات والارتجاجات الانعكاسية الرضية المنشإ تشفى بسرعة شفاءً ثابتاً بقطع الودي حول الشريان او قطع الجذور واما اختيار احدى هاتين العمليتين فتابع لاتساع الاضطرابات وشدتها .

تستفيد يبوسة الركبة التي تتلو كسور الفخذ من قطع الودي حول الشريان الحرقفي الظاهر فائدة تذكر .

ويشعر المرضى في الصمل الباركينسوني بعد اجراء العملية على جهة واحدة « قطع الودي العنقي او قطع الجذور » بخفة التشنج واليبوسة والتقفع حتى في الجانبين غير ان التقفعات لا تزول تماماً .

واما في داء ليتل فلا يزال الامر قيد البحث

وقد كان التحسن محسوساً في التقفعات التالية لآفات الدماغ الرضية وفي الآفات الدماغية ذات البؤرة المحدودة غير ان استمرار هذا التحسن لا نكشفه الا مراقبة المرضى مدة مديدة والمستقبل كفيل بجلاء هذه القضية .

ويظهر ان قطع الودي الرقبي (استئصال العقدة الرقبية العليا) يمكن عضلات الوجه التي كانت قد شلت لانقطاع العصب الوجهي ، من التقلص غير ان تعليل هذه الحادثة لا يزال غامضاً .

٤ — جراحة اضطرابات التغذية

يجب ان تعد جراحة الودي الواسطة الغريزية المنطقية في معالجة اضطرابات التغذية وقد جيء بالدليل على صحة هذا القول بعد ان كانت النتائج حسنة في الامراض الوعائية الحركية وانسداد الشرايين مع اضطرابات اغتذائية . غير ان هذه النتائج كانت اجلى واوضح في معالجة التقرحات الاغتذائية التي لا علاقة لها بامراض الشرايين ، بقطع

الودي حول الشريان .

أ — تقرحات بدون آفات عصبية : لا تشفى هذه القروح الا متى بدلت عوامل الإزمان والنكس الموضعي. ويتحقق هذا الامر بقطع الودي حول الشريان الذي بتوسيعه الاوعية وتنشيطه البلعمة يبدل تمام التبديل الشروط التشريحية الغريزية والجرثومية في التقرحات . ومتى تمّ هذا تساعد النسج في عملها بالطعوم لستر السطح المعرى عوضاً عن ان تقوم النسج وحدها بهذا العمل البطيء . واذا استثنينا القروح الافرنجية حق لنا ان نعالج التقرحات التي تظهر على ندوب الحروق والتقرحات التالية للرضوض ، والقروح الدوالية وقروح الجذامير ، وقروح التهابات الادمة الشعاعية ، بهذه الطريقة نفسها .

ب — القروح العصبية المنشإ : لم تتفق الآراء على المعالجة الودية في قروح السهام (tabès) وتكهف النخاع(syringomyélie)وداء الاخمص الثاقب، والتهاب النخاع. فقد جنى البعض نتائج حسنة وندباً سريعاً غير ان النتائج البعيدة مسكوت عنها وقد نطق البعض مع ذلك بشفاء مديد . ولعل نسبة الخيبة تنقص اذا ما تحديت الفروع الموصلة والسلسلة او اذا ما اكملت عملية قطع الودي باستئصال الندبة المتقرحة استئصالاً عميقاً وتطعيم السطح بطعوم جلدية .

ه — آفات حشوية وادواء محيطية مختلفة

ان هناك فئة من الامراض تستفيد فائدة حسنة من جراحة الودي ولو لم تدخل نطاق الامراض التي ذكرناها آنفاً .

البهر القصبي «l'asthme bronchique» : يظهر ان خير معالجة توجه اليه في الوقت الحاضر هي استئصال العقدة النجمية اليسرى الذي يمحو محواً تاماً نوب البهر .واذا استعصى بعض من نوب البهر على استئصال العقدة اليسرى استؤصلت العقدتان فكانت النتائج حسنة . ويشفى بعض آخر من النوب بقطع الضفيرة الرئوية بالطريق الخلفي .

في تعرق (hyperhidrose) الوجه والاطراف: أتى قطع السلاسل الرقبية والقطنية بفوائد حسنة .

في الصرع الاساسي: جاء قطع الودي حول السباتي ببعض الفوائد .

في بعض من امراض العظام كما في المفاصل الموهمة بدون ضياع مادة وفي بعض من انواع سل المفاصل قد جنيت فوائد تذكر .

. . . .

يستنتج من هذا البيان الذي جئنا به ان نطاق جراحة الودي متسع جداً وان هذه الجراحة هي الطريقة الغريزية التي اذا صعب درسها لاسباب عديدة فان استطباباتها تزداد يوماً عن يوم . وان نتائجها الباهرة العجيبة في بعض الحالات وخيبتها الكبيرة التي لا يستطاع تعليلها في البعض الآخر تبعد عنها كثيراً من الجراحين الذين يرغبون في ان تكون النتائج ثابتة وقياسية . ولكن اذا تأملنا في تنوع وظائف الودي قلّ عجبنا لخيبة جراحته في بعض الحالات ولنجاحها الباهر في البعض الآخر. ومهما يكن فان هذه الجراحة قد شقت طريقها في مضادة الألم والتشنج . وقد كان لها في تنظيم وظائف الاحشاء والغدد نجاح باهر حيث خابت جميع المعالجات الاخرى . فعلينا والحالة هذه ان نثابر على هذه الجراحة الحديثة المجددة لان مستقبلاً باهراً ينتظرها . وهي تستلزم اكثر من الامور الاخرى اشتراك الاطباء والجراحين بالعمل .

ترجمة م . خ .

❀❀❀

استعمال السولفاميد موضعياً

في معالجة الكسور المعرقلة

ان لمعالجة الكسور المعرقلة شأناً كبيراً في زمن الحرب . واذا كانت هذه المعالجة قد سارت سيرها السريع الى التقدم وخطت خطوات واسعة نحو الرقي فلا يعني هذا انها قد بلغت درجة الكمال ولم تعد المحاولات تبذل لترقيتها . وفي مجلة الجراحة (Surgery) (جزء تموز ١٩٣٩)اقترح جانسن وجون سرود ونيلسون معالجة الكسور المعرقلة بالطريقة التالية : قطع النسج المرضوضة الى آخر مدى مستطاع ، ورد الكسر وخياطة الجرح خياطة بدئية بعد وضع عدة غرامات من السولفاميد المبلور فيه .

وكان الجريح الاول الذي عولج هذه المعالجة ولداً عمره ١٢ سنة ، سقط من شاهق في نهر فانتشل من الماء وهو في حالة خطرة وكان مصاباً عدا رضوضه الكثيرة بكسر عظمي الساعد المفتوح . فعولج جرحه بعد التطهير المعتاد بوضع ٥ غرامات سولفاميد فيه وخياطته خياطة بدئية . فعلى الرغم من سوء حالة المريض حين دخوله المستشفى وعلو حرارته الشديد هبطت حرارته الى الدرجة الطبيعية في خلال ثلاثة ايام وشفي جرحه بالقصد الاول بدون حاجة الى التفجير . فشجعت هذه النتيجة الباهرة الجراحين المومأ اليهم على استعمال هذه الطريقة في عدد آخر من الكسور المفتوحة . حتى بلغت مشاهداتهم في تموز المنصرم ٣٩ .

ويظهر ان النتائج كانت باهرة فان ٣٧ من الجرحى شفيت جراحهم بالقصد الاول بدون اقل علامة من علامات العفونة الموضعية او العامة . واما الجريحان الآخران المصابان بكسر الظنبوب فقد ظهر فيهم بعض الاختلاطات. فان احدهما وهو كحولي اعترته في اليوم الثامن بعد رد كسره نوبة هذيان كحولي حادة فبدل جهازه في سياقها وتقرح جلده وتعفنت بؤرة كسره ، وتبدل كسر الثاني في اليوم الثاني عشر بعد ان اختل جهاز

التمديد الذي وضع على ساقه . فتكون نسبة العفونة في هذه المشاهدات التي عولجت بالسولفاميد اقل من ٥ ٪ .

ولم يكتف هؤلاء المؤلفون الاميركيون بالاختبار السريري بل اختبروا الامر في القبعة ايضاً فتبين لهم ان السولفاميد المبلور اذا ما وضع في جرح انحلّ ببطء وانتشر تدريجياً في البدن جميعه . غير ان النتيجة لا تكون حسنة الا متى كانت كمية السولفاميد كبيرة فانشبع بها المصل والنسج المجاورة للكسر فوضع عدة غرامات منه في الجرح واجب والحالة هذه . وقد اثبت الاختبار من جهة أُخرى ان ادخال المقدار نفسه من السولفاميد للبدن بطريق المعدة او الحقن لا يؤثر التأثير نفسه في العفونة المتكونة في بؤرة الكسر .

ويختلف مقدار السولفاميد الذي يجب وضعه في الجرح باختلاف درجة العفونة وسن الجريح : فعشرون غراماً في الكهل وعشرة غرامات في الولد هي الحدّ الأعلى . وخمسة الى خمسة عشر غراماً هي المقدار الكافي لاتقاء العفونة .

واذا كان الشخص مصاباً بعدة كسور وزع هذا المقدار في كسوره المختلفة . وليس وضع السولفاميد وحده كل ما يصنع في معالجة الكسر المفتوح فهو لا يأتي بالفائدة المطلوبة اذا تركت النسج المرضوضة المتعفنة في مكانها . غير انه قد يكفي في بعض من الحالات اذا لم يستطع تنضير الجرح تنضيراً كافياً وقطع النسج المرضوضة جميعها ولا سيما متى كانت المكورة العنقودية عامل العفونة الموضعية الوحيد . ويشير المؤلفون الاميركيون باشراك معالجة فعالة تدعم الحالة العامة في الوقت نفسه فنقل الدم والمقويات العامة والمسكنات تساعد عمل السولفاميد خير مساعدة .

وقد عالج هؤلاء المؤلفون في الوقت الذي عالجوا بـه الجرحى التسعة والثلاثين بالسولفاميد ، زهاء ٩٤ كسراً مفتوحاً غيرهم بالوسائل العادية فكانت نتائج الحادثات المعالجة بالسولفاميد افضل واحسن . فان ٢٥ من هؤلاء أُصيبوا بعفونة موضعية وعامة مختلفة الشدة وخمسة منهم بترت اطرافهم ، وسبعة منهم أُصيبوا بالغنغرينة الغازية .

فحري بالجراحين ان يستعملوا هذه الطريقة في جرحاهم كيف لا والمؤلفون الاميركيون قد اثبتوا بان عوارض الانسمام لم تبد مطلقاً في جرحاهم على الرغم من المقادير الكبيرة التي استعملوها

المعالجة الدوائية لذوات الجنب المتقيحة غير السلية

غير خاف ان القاعدة التي كانت تخضع لها معالجة ذوات الجنب المتقيحة بالمكورة العقدية واللاهوائيات كانت تفجير جوف الجنب وان ذوات الجنب بالمكورة الرئوية كانت تعالج بالبزل المفرغ ولا يلجأ في معالجتها الى الجراحة الا متى خاب البزل .

ثم تطورت هذه القاعدة بعض التطور فاقترح البعض في ذوات الجنب المتقيحة الحادة حقن جوف الجنب برشاحات جرثومية شأنها تخفيف حدة الداء وتحسين حالة المريض قبل الالتجاء الى خزع الجنب غير ان العملية ولو تأخر ميعادها لم يكن بدٌ من اجرائها في النهاية . واخيراً نشرت مشاهدات من ذات الجنب المتقيحة شفيت باستعمال مشتقات الكبريت العضوية ومشاهدات اخرى من ذات الجنب بالمكورة العقدية (سترابتوكوك) شفيت باستعمال السولفاميد وكرزوئيدين . وبعد ان ازداد يوماً عن يوم عدد ذوات الجنب المتقيحة التي تم شفاؤها بالسولفاميد بدلت هذه المعالجة الجديدة القاعدةَ القديمة وقوضت اسسها . ولم تعد ذات الجنب المتقيحة بالمكورة العقدية تستلزم كما كان يظن قديماً خزع غشاء الجنب بل ان شفاء ذات الجنب بالمعالجة الدوائية اصبح ممكناً .

ان مشتقات الكبريت العضوية المستعملة اليوم في معالجة العفونات كثيرة العدد فمنها الصباغية ومنها البيض ويظهر ان المركبات البيض افعل من الصباغية في العفونات اجمالاً غير ان هذا الفرق ليس واضحاً في معالجة ذوات الجنب القيحية بل ان فعليهما يكادان يكونان متعادلين ومهما يكن فلا بدَّ من المثابرة اسبوعين او ثلاثة اسابيع قبل النطق بكلمة شفاء واما اذا نظرنا الى سمية المحضرين والى خلاء المركبات الصباغية من العوارض والى ما يطرأ حيناً بعد آخر من العوارض الطفيفة بعد استعمال المركبات البيض ترجح كفة تلك على هذه . واستعمال الكاربوكسي سولفاميد وكريزوئيدين مفضل في معالجة

ذوات الجنب المتقيحة بالمكورة العقدية كما ان البارا امينوفانيل سولفاميد ومشتقاته مستحسن في معالجة ذوات الجنب المتقيحة الاخرى . ذلك لان المركبات الصباغية فعلاً معادلاً للسولفاميدات الاخرى في المكورة العقدية بيد ان فعلها اخف في الجراثيم الاخرى : المكورة العنقودية (ستافيلوكوك) والمكورة البنية (غونوكوك) والمكورة السحائية (مانانتنوكوك)والمكورة الرئوية (بنامو كوك) ومهما يكن فليبكر في المعالجة ما امكن ولتكن المقادير كافية منذ البدء (٣ غرامات في اليوم اي ٦ حبات في كل منها ٠،٥٠ سنتغراماً من البارا امينوفانيل سولفاميد وغرامان او عشر حبات في كل منها ٠،٢٠ سنتيغم من الكاربوكسي سولفاميد وكريزوئيدين) . وليثابر على المعالجة يومياً وبلا انقطاع حتى يتعقم السائل المنصب في الجنب ويعرف ان السائل قد تعقم بالبزول المتعاقبة وبالعاينة الجرثومية ولا يكتفى بالعاينة المقصودة (direct) بل لا بد من الاستنبات المتتابع الذي متى اثبت عقم السائل جاز وقف المعالجة غير ان المثابرة عليها بضعة ايام بعد زوال الجراثيم افضل . وهبوط الحرارة الى الدرجة الطبيعية دليل آخر على جواز قطع المعالجة .

ولم يقم دليل حتى الآن على رجحان مركبات السولفاميد بطريق جوف الجنب على استعماله بطريق الفم او العضلات .

ولا حاجة الى استعمال معالجات اخرى مساعدة وفي كل حال فالاستمصال والاستلقاح (séro-et vaccinothérapie) ليسا ضرورين بل الاقلاع عن استعمالها مفضل . ومثلهما حقن جوف الجنب بالمواد المبدلة سواء اكانت كيمياوية او مرق اللقاحات بحسب طريقة باسردكا . واما استعمال مقويات القلب فواجب . وليس البزل المفرغ ضرورياً الامتى ظهرت عوارض انضغاط واما البزول الاستقصائية فواجبة الاجراء للتشخيص البدئي ولمراقبة سير الآفة بعدئذ . ويتقدم الشفاء الجرثومي في كثير من الحادثات الشفاء السريري فان عدد الجراثيم يخف تدريجياً بالفحوص المقصودة ثم تزول وتصبح المستنبتات في النهاية عقيمة . والسائل الذي كان عكراً متقيحاً في البدء يأخذ يصفو ويصبح مصلياً في النهاية ، ومتى بلغ السائل هذه المرحلة اي متى خلا من الجراثيم وصفاً يبدأ يغور ، ويدخل المريض دور النقه فيستعيد قواه ويزداد اشتهاؤه ويعلو وزنه وتحسن في الوقت نفسه العلامات الفيزيائية (physiques) والشعاعية . ومراقبة المريض واجبة في هذا الدور ، وملازمة المريض

لفراشه ضرورية والعودة الى المعالجة بالسولفاميد بعد فترة قدرها ٨— ١٠ ايام لازمة اجتناباً للنكس غير ان انقاص المقدار الى الثلث جائز وليثابر على هذه المعالجة ثمانية ايام فاذا لم تطرأ عوارض قبل ان الشفاء قد تمَّ ، غير ان الفحصين الشعاعي والسريري قديكشفان حتى في هذا الوقت علامات التهاب غشاء الجنب الضخامي فاذا ما ظهرت كان تبديل الهواء واجباً في الجبال او على الشواطيء بحسب الفصول اجتناباً للاختلاطات المقبلة .

م . خ .

❀ ❀ ❀

معالجة الشرث بالتخضيب القطني

كتب لريش نبذة عن معالجة الشرث(engelures) بالتخضيب القطني (infiltration lombaire) رأينا فائدة في نقلها للقراء لانها تلقي على هذا النوع من فعل البرد في النسج نوراً جديداً قال :

ان موجات البرد التي اجتاحت انحاء العالم الواحدة بعد الاخرى في هـذه السنة ، يحملنا على اعادة النظر في الشرث ، هذه التظاهرة التي اهملنا امرهـا منـذ نحو من عشرين سنة .

وتنشأ الاضطرابات التي يحدثها البرد جافاً كان او رطباً في النسج من تقلص الاوعية الشديد لان البرد يقلص العروق .

فاذا طال تقلص الشرينات او اذا بلغ التقلص حداً بعيداً انسدت هذه العروق الصغيرة بالخثارات وبدت في الغالب الغنغرينة التي تكون جافة في البدء ثم تنقلب رطبة بعد ان تصاب الاوردة . واذا لم تبدُ الغنغرينة بقيت الاوعية مسدودة وظلّ المريض الذي ظن نفسه قد شفي يشكو آلاماً حادة واضطرابات اغتذائية مختلفة . وقد تمتد هذه الخثارات في العروق بعد حين غير ان الامر ليس ثابتاً واكيداً فينتهي الامر في هؤلاء انتهاءه في التهابات الشرايين .

وقد قطعتُ في السنوات التي تلت الحرب الماضية مباشرة اكثر من مرة الشريان الظنبوبي (tibiale) الخلفي والعصب الودي حول الشريان الفخذي املاً بتخفيف الآلام المحرقة في هؤلاء الذين عضهم البرد بنابه . واذا لم يكن النجاح رفيقي في جميع الحادثات فقد كان معي في اكثرها . وقد فكرت منذ ذلك الحين في طريقة تتقى بها هذه الخثارات واظن ان الوقت قد حان لتحقيق هذا الامر .

فقد قيض لي في مستوصف ستراسبورغ منذ بضع سنوات خلت ان عالجت عدداً من المتجمدين. فتحققت ومعاونيّ ان تخضيب العقدة النجمية او السلسلة القطنية بالمحلول المخدر، متى لم تكن الغنغرينة قد ظهرت ، خير علاج فقد كان التخضيب يمحو في بضع دقائق

الآلام واضطرابات الدوران . وكان يقف سير الغنغرينة متى كانت قد ظهرت قبل التخضيب وكنت ادعم فعل التخضيب بقطع الودي حول الشريان . وانني اذكر شيخاً جيء به مصاباً بغنغرينة ممتدة الى سلاميات اصابع اليدين الاولى مع وذمة مؤلمة في هاتين اليدين . فاجرى له معاوني فورستر تخضيب العقدتين النجميتين وقطع له الودي حول الشريانين العضديين فوقف سير الغنغرينة في الحال وزالت الآلام والوذمة . وقد اقتصرت الغنغرينة على الاصابع فقط ثم بترت

فيحق لي الآن القول بعد ان كثرت حادثات التجمد في هذه الايام ان تخضيب الودي بالمحاليل المخدرة وقطعه حول الشرايين خير واسطة في تبديل حالة المجمدين . فبهما يتقى كثير من الغنغرينات والآلام

وقد عرفت ان ميلاغوي في الجبهة يشاركني في الرأي ويعالج المجمدين هذه المعالجة نفسها م . خ .

***

التلقيح المضاد للتيفية

بذيفان التيفية المعطل الداخلي

كتب غراسه مقالاً في هذا الموضوع آثرنا نشره لما فيه من الفائدة .

لست في حاجة الى ذكر المنافع الجمة التي نجمت عن التلقيح المضاد للتيفية المبني على استعمال مستحلبات العصيات التيفية المعقمة بطرائق مختلفة : بالحرارة او بالمطهرات الكيمياوية (الايثر او الايود)

فقد اثبتت الحرب الماضية التي لقحت في اثنائها ملايين الجنود في فرنسة وسواها من الممالك ان قيمة هذا التلقيح كبيرة . غير ان من نظر في نتائج هذا التلقيح القديم عن كثب في بلدان تفشى فيها هذه الحميات التيفية تحقق ان بعضاً من الاشخاص الملقحين لا يزالون يصابون بالتيفية وان الوفيات بينهم ليست نادرة . وتعود خيبة هذا التلقيح على ما يرى غوسه الى طبيعة مولدات الضد المستعملة وهي اجسام جراثيم فيها مواد ممنعة بشكل ذيفان داخلي نوعي لم تتلف سميته الا بعض التلف في سياق طرائق التحضير، اضف الى ذلك مقداراً كبيراً من الهيولينات(protéines)غير النشيطة التي تتألف منها اجسام الجراثيم

وما سبب التفاعلات السمية الهيولينية المشاهدة في الاشخاص الملقحين الا ادخال مستحلبات هذه اللقاحات للبدن بشكلها السام . وتبعث هذه التفاعلات الناجمة عن اللقاحات القديمة على تحديد مقادير اللقاح المستعمل غير مجيزة تعدي هذه المقادير فلا عجب اذا ما كان فعل اللقاح معادلاً لمقداره واذا ما كانت المناعة الناجمة عنه قليلة .

هذا ما دعانا منذ السنة ١٩٢٦ الى القيام بتجربات غايتها الحصول على لقاح مضاد للتيفية فيه مقادير وافية من مواد العصيات التيفية الممنعة وقليل من المواد السامة. وقد توصلنا الى الحصول على مولدة للضد فيها المواد الممنعة النوعية من الذيفان الداخلي للعصيات التيفية بعد ان وضعنا مستحلبات مكثفة من العصيات التيفية متصفة بقوة كبيرة مولدة للضد

وعقمناها بحرارة درجتها ٥٨ وجدناها تجميدات متتابعة .

وقد افضى حقن صفاق (péritoine) الفأرة بمقدار من هـذا الذيفان الداخلي متبدل من ١٠,٠٠١ — ٠.٠١ سم٣ الى موتها كما ان حقن صفاق الارنب بمقدار متبدل من ٠,٠١ — ٠,٠٥ سم٣ الى موته ايضاً . فسمية هذا الذيفان الداخلي والحالة هـذه لا تجيز استعماله في تلقيح الانسان والحيوان . غير ان تمنيع عدد من الفئران والقبع (cobayes) بمقادير مزدادة من مولدة الضد هذه بعد ان مات كثير منها افضى الى مناعة هذه الحيوانات على حقن صفقها بمقدار كبير مميت من العصيات التيفية ذات الحمة . وقد ظهرت في دمائها راصات (agglutinines) ومرسبات (précipitines) مضادة للتيفية نوعية ممنعة .

وقد اثبتت لنا اختبارات عديدة اجريناها لتخفيف سمية مولدة الضد هذه ان معاملة هذا الذيفان الداخلي بالفورمول وهو في حرارة المحم (étuve) تنقص سميته انقاصاً تدريجياً فاذا ما حقن الحيوان بهذا الذيفان الداخلي التيفي بعد معاملته هذه المعاملة لا تبدو عوارض خطرة حتى ان الفأرة تحمل منه ١ — ٢ سم٣ والارنب ٥ — ١٠ سم٣ . وبعد انقضاء عشرة ايام على حقنة واحدة من هذا الذيفان الداخلي التيفي المعطل تحمل هذه الحيوانات مقادير كبيرة قاتلة من العصيات التيفية ذات الحمة لا تحملها حيوانات غيرها منّعت بمقادير متزايدة من الذيفان الداخلي غير المعطل

ان هذا الذيفان المفرمل (formolé) الخالي من السموم والمحتفظ بخواصه الممنعة هو ما اسماه غرسه الذيفان الداخلي المعطل الذي يستطاع حقن الحيوان والانسان منه بمقادير كبيرة لا يستطاع بلوغها في اللقاحات الاخرى بدون خطر شديد .

استعمال الذيفان الداخلي المعطل في تلقيح الانسان

جاء استعمال هذا الذيفان الداخلي المعطل التيفي في تلقيح الانسان مثبتاً للنتائج الاختبارية في الحيوان . وفي كل سم٣ من هذا اللقاح ٦٠٠٠ — ٨٠٠٠ مليون من العصيات الجافة التيفية ونظيرة التيفية .

وقد اجريت في السنة ١٩٣٣ تجربات اولى على فئات مختلفة من الاشخاص : اولاد وكهول من رساس (races) متنوعة اصحاء ومستشفين فتبين منها ان هذا اللقاح يستطاع استعماله بدون اقل محذور في الرضع واليفعان والكهول والشيوخ والاهمام على السواء .

طبيعة التفاعلات اللقاحية

ان معظم الملقحين لا يتفاعلون اقل تفاعل بازاء هذا اللقاح واذا بدت تفاعلات في بعض منهم فانها تبدو في مقر الحقنة فيحتقن الجلد ويؤلم مكان الحقنة قليلاً واما ارتفاع الحرارة العامة فنادر . وقد استنتج من تلقيح عدة الوف من الاولاد من جنسيات مختلفة انهم يحتملون جيداً هذا اللقاح ولا ينزعجون منه اقل انزعاج .كما اثبت العمال حتى المعدنين انهم يستطيعون العمل بعد التلقيح غير منزعجين ولا تعلو الحرارة بضعة اعشار الدرجة بمعدل واحد في المائة . وقد قادنا البحث الذي قمنا به عن سبب التفاعلات في البعض الى نسبة الحادث لاستعداد شخصي وليس لطبيعة اللقاح نفسه .

وقد استعمل هذا اللقاح الجديد للمرة الاولى في السنة ١٩٣٣ بعد ان تفشى وباء تيفي بين معدني الرند وقضى على كثير من المصابين للشدة التي امتاز بها فاتيح للمختبرين ان يقابلوا بينه وبين اللقاح القديم وكانت النتيجة باهرة حتى ان ادارات المعادن لمست بيدها تفوق هذا اللقاح واعتمدت عليه بين عمالها فشاع استعماله منذ ذلك الحين وعمّ . وبعد ان كان عدد الملقحين في السنة ١٩٣٣ زهاء الفين بلغ في السنة ١٩٣٨ ، ٢٠٠،٠٠٠ ملقح

تتائج التلقيح باللقاح الجديد في معادن الرند

تلقح من المعدنين في السنة ١٩٣٤ ، ٢١،٠٠٠ معدن وفي السنة ١٩٣٥ ، ٤٥٠٠٠ وفي السنة ١٩٣٦ ، ٨٤،٠٠٠ وفي السنة ١٩٣٧ ، ١٥٠،٠٠٠ وفي السنة ١٩٣٨ اكثر من ١٧٥،٠٠٠ فيكون المجموع اكثر من ٤٧٧،٠٠٠

ونذكر على سبيل المثال ما جاء به فون بلومستين عن فئة من المعدنين تشتغل في احد المعادن قال : يشتغل في احد المعادن زهاء عشرة آلاف زنجي لقحوا جميعهم ثلاث مرات متوالية باللقاح .T. A. B فاصيب منهم ما يعادل خمسة في الالف بالتيفية ومات من المصابين ما يعادل واحداً في الالف وذلك ما بين السنتين ١٩٣٢ — ١٩٣٤ . ثم استعمل اللقاح الجديد فلقح به جميع الملتحقين مجدداً بالعمل فتقلص ظل التيفية في السنة ١٩٣٥

وفي خلال السنتين ١٩٣٤ — ١٩٣٦ لقح ١٥٢٣٩٠ معدناً بالذيفان المعطل الداخلي التيفي واجري اللقاح دفعتين الحقنة الاولى بنصف سنتيمتر والثانية بعد فاصلة ثمانية ايام بسنتيمتر مكعب واحد . فاصيب من هؤلاء الملقحين ١٧٤ شخصاً بالتيفية ومات منهم ٣٥

وفي هذه الاثناء نفسها لقح بطريق الفم بحسب طريقة باسردكا ٧٧٬٥٧١ شخصاً فاصيب منهم ٦٣٨ بالتيفية ومات منهم ١٣٦ فتكون نسبة الاصابات في الفئة الاولى ١٬١٤ والوفيات ٠٬٢٣ . في الالف ونسبتها في الفئة الثانية ٨٬٢٤ و ١٬٧٥ في الالف اي اكثر من ٧ مرات مما في الفئة الاولى . اضف الى ذلك ان احصاءات السنوات التالية اثبتت ان معدل الاصابات والوفيات قد قلّ عنه في السنوات السابقة بيد انه قد ازداد في الاشخاص الملقحين بطريق الفم .

اما مدة المناعة التي يهبها هذا اللقاح فلا يستطاع تعيينها منذ الآن واللقاح لا يزال في بدء استعماله ولكن الدروس لا تزال متوالية في هذا الصدد

هذه هي النتائج المجتناة من هذا اللقاح الذي لم يمر على استعماله اكثر من سبع سنوات غير ان تفوقه على اللقاح القديم كان صريحاً حتى انه عمّ وكان خير اداة في الوقاية من العفونات التيفية م . خ .

❀ ❀ ❀

المداواة الشعاعية في معالجة الفلوج

ترجمة العليم شفيق البابا
المساعد في المعهد الطبي

الفالج تناذر(syndrome) يقع بانقطاع السبيل الحركية عن العمل وتفضي آفة الخلية الهرمية في القشرة او المحاور العصبية في مسيرها الطويل (الحزمة الركبية او الحزمة الهرمية) الى شلل مركزي عضوي واذا لم تكن هناك آفة خلوية كان التوقف سبباً لفلوج وظيفية .

التشريح المرضي : تصاب الجملة الهرمية باسباب مختلفة وهي :

١ً — اسباب آلية : منها الرضوض وهي اما مقصودة (اجسام اجنبية) او معتنفة (ارتجاج) والانضغاطات سواء أبتشعب النسيج العصبي نفسه أو اغشيته (اورام — التهابات) او بانسكابات او نحات (نزوف) .

٢ً — اسباب سمية واتتانية تصيب النسيج العصبي : نذكر منها السموم الكيمياوية والذاتية والذيفانات الجرثومية ثم الاتنانات ذات الحمة المولعة بالنسج العصبية .

٣ً — اسباب عوزية : (carentiels)

٤ً — واخيراً اسباب تفضي الى فاقات الدم الموضعية (ischémiques) كانسداد الاوعية بالصمامات والتهابات الشرايين والانضغاطات والتمزقات الوعائية .

وقد يصاب النسيج العصبي الذي لم يتأثر مباشرة بالآفة المسببة باندماجه في التصورات الندبية التصلبية في دور ترمم الآفات .

المشهد السريري : تفضي الاسباب المباغتة الى حال نهي دماغي : نشبة صرعية وسبات ولا تظهر هذه العوارض في الآفات المسدفة (insidieuses)، واذا انقطعت السبيل الهرمية ظهر التناذر (syndrome) الهرمي وهو شامل من نموذج مركزي يسير بدورين رخو اولاً ثم تشنجي مع تبدل المنعكسات (علامة بابنسكي) وحركات اهتزازية متقابلة وذاتية

ويندر جداً ان تظل الآفة منحصرة في هذا السبيل اذ تصيب بعد ذلك جملاً اخرى ومنه ظهور التناذرات المشاركة كالحبسة وفقد الحس والعمى النصفي والآلام وغيرها ، وكثيراً ما يرافق هذا كله اضطرابات اغتذائية كالضمورات العضلية والعلل المفصلية وشواشات اغتذائية جلدية وخلالية واخيراً اضطرابات وعائية حركية . وان تعدد الاسباب وكثرة التوضعات وامتداد الشلول واختلاف شدتها والتناذرات المشاركة جعل الاشكال السريرية شديدة التباين والاختلاف .

السير : يرتبط سير الفلوج بالعلة المسببة فاذا كانت متسعة اتخذ الفالج سيراً مترقياً وتتقهقر جميع الاضطرابات على ضد ما اذا كانت العلة ضئيلة وعارضة ، لكن الغالب ان يخلف دور الصولة المختلف الامد دورٌ تتعضى فيه النسج الندبية العصبية ومن ثم يثبت الشلل الذي بلغ في تقهقره درجة معينة .

التشخيص : يقر التشخيص استناداً الى الثالوث الهرمي وهو الشلل المركزي وعلامة بابنسكي والحركات الاهتزازية المتقابلة ويترتب بعده تعيين هوية العلة المسببة وليس ذاك دائماً بالامر السهل ، ثم توضع الآفة وذلك بفضل التناذرات المشاركة للفالج .

معالجة الفوالج : يجب ان توجه معالجة الفوالج الى نقاط ثلاث :

١ً — معالجة العلل المسببة .

٢ً — معالجة ماجدّ من العقابيل (sequelles) في النسج العصبية عقب انقطاع العلة السببية .

٣ — معالجة ما يطرأ على النسج المحيطية من اعصاب وعضلات ومفاصل وغيرها .

معالجة العلل السببية : ان اختلاف هذه العلل تجعلنا لا نحدد في هذه العجالة دور المداواة الشعاعية في معالجتها ، غير انا اذا اعتبرنا ما نراه يومياً في المدرسة رأينا ان ليس هناك عدا الحالات الجراحية المحدودة جداً سوى المعالجة النوعية التي تجرى اما لهدف معين او لميل شخصي الى اسناد جميع العلل المجهولة الى داء الافرنج مع ان في كثير من الاحيان ما هو اجدى منه واصح ، ولنرَ باختصار ماذا تفيد المداواة الشعاعية في هذا المضمار .

لا ننكر ان للجراحة دوراً متفوقاً في الآفات الرضية غير ان الاشعة المجهولة قد تكون لها سنداً ومعيناً لخاصتين تتصف بهما وهما: مضادتها للعفونة وفعلها المرقيء (hémostatique)

وتستلزم الآفات الضاغطة بلا اقل ابطاء التوسط الجراحي .

يتأثر بعض من الاورام المستبطنة للقحف تأثراً حسناً بالاشعة حتى انه ليجوز لنا ان ننظر الى المداواة الشعاعية فيها كمعالجةشافية ، واذا لم يشف بعضها الآخر هذا الشفاء الاكيد ابطأ سيره فطالت حياة المريض وتخيب الاشعة في البعض الباقي خيبة تامة وعلى المعالج ان يزن وزناً دقيقاً حسنات المعالجة الجراحية والشعاعية قبل الاقدام عليها .

وتنقصنا في الغالب معرفة طبيعة الورم الدماغي وما اذا كانت الاشعة انجع فيه ام الجراحية . افلا يحسن بنا والامر غامض كما ذكرنا ان نجرب المعالجة الجراحية ؟ وانه ليسهل على شععي (radiothérapeute) ماهر ان يعلم منذ الجلسات الاولى ما اذا كان الورم يتأثر تأثراً حسناً بالاشعة ام لا حتى اذا لم يتحقق تحسناً افسح للجراح ميداناً واسعاً قبل ضياع الفرصة.وتنظيم الاشعاع ممكن بشكل لا يضر بالتوسط المقبل.اجل ان الجراحين ينسبون دائماً الى الاستشعاع نتيجة الاساءة الى التوسط الجراحي فاذا صح هذا افلا يحق للشعين ايضاً ان ينسبوا خيبة الاستشعاع في بعض من الحالات الى نقص التوسط الجراحي؟

قد تتأثر العلل الالتهابية الضاغطة بالاشعة تأثراً حسناً حتى يتسنى بعد محاولة الاشعاع تجنب المحج (trépan) ، وقد يكون بعض من الآفات الناجمة عن حمة (virus) مولعة بالنسج العصبية شديد التحسس بالاشعة اذا ما عولج بها باكراً قبل امتداد الانتان حتى انه ليتسنى لها وقف ما ينجم عنه من تخريب ، وتتقهقر بالمعالجة الشعاعية العلل المتشبثة في النسيج العصبي او سحاياه اذا استثنينا منها الاورام العظمية والوعائية وذات السحايا الضخامية وغيرها وسنرى نتائج الاشعاع الحسنة في التهابات الشرايين وتصلب الاوعية وفعله في فرط التوتر الشرياني ، وتحسن الآفات المستبطنة للقحف من نزف او انسداد اذا ما عولجت قبل تدرنها حتى ان نكسها الكثير الوقوع يتقى اذا ما عولجت في هذا الدور. يستنتج مما تقدم ان الاستشعاع مفيد فائدة كبيرة في عدد عديد من الآفات المسببة للفلوج .

معالجة العقابيل العصبية في العلة الحائلة بالسبيل الهرمية :

١ — عناصر عصبية مؤوفة لا تستطاع مداواتها ولا سيما متى تلف الجسم الخلوي فلم تعد حيلة في اعادة وظيفتها ٢ — وحدات عصبية لم تصب الا محاورها الاسطوانية فقط

فعودة الوظيفة اليها عفواً ممكنة غير انها تستفيد كل الفائدة من معونة عامل ذي قدرة اغتذائية عصبية .

٣ -- واخيراً وحدات عصبية قد طغت عليها عقابيل الآفة البدئية وهي تستعيد نشاطها اذا انقذت قبل ان تطرأ عليها الاستحالة . واذا ما فحصنا باختصار هـذه العقابيل وجدنا اولا حالات اتانية بدئية كانت او ثانوية ثم ارتشاحات (infiltrats) او تحات (exudats) لم تغر غؤوراً تاماً ، وارتشاح الكريات البيض وفرط نشاط اللحمة العصبية الارتكاسي الذي يخنق الخلايا العصبية ، ونقص الريّ ولو لم تكن الاوعية سببه البدئي واختناق الوحدات العصبية التي تفتقر الى كثير من الدم . وتتكون اخيراً تصلبات ندبية ضاغطة النسج العصبية ومؤذية اياها ومعرقلة الحالة الموضعية السيئة .

ما هي الوسائل الطبية التي يلجأ اليها في مثل هذه الشروط ؟

انا تثبت على سبيل الذكرى شأن الجراحة ونتائجها المحزنة فانها مع قلة فائدتها في مثل هذه الحالات تضم عراقيلها الخاصة الى الشروط الموضعية السيئة ، ولا تجنى من المعالجة الدوائية أقل فائدة الا اذا كانت الغاية مكافحة بعض الاعراض فالاستيل كولين يصلح شروط الدوران وللمحضرات اليودية فعل ضئيل في مقاومة التصلب ، وقد فهم مؤخراً ان الحيوينات عوامل اغتذائية عصبية ذات شأن كبير غير ان التحسن اجمالاً بهذه الوسائط المختلفة عارض وموقت ولا يغير الفالج ، بينا وسائل المداواة الحكمية افسح مجالا فان استعمال الكهربية الساكنة او التيار المرتفع التواتر ذو فعل حسن ومنشط للجملة العصبية غير انه لا يؤثر في الحالة الموضعية ، ويفيد التيار المستمر والمتناوب في تنبيه الخلايا وتغذيتها ويفعل الاستحرار (diathermie) والامواج القصيرة فعلًا حسناً في اصلاح الريّ الدماغي لكن خير النتائج تجنى من التشريد (ionisation)ولا يسعنا هنا ان نتوسع في درس الطرق المتباينة المتبعة في هذه المداواة او مختلف تعاليمها واستطباباتها بل نذكر فقط ان نتائج هذه الوسائل اذا احسن استعمالها تكاد تتعادل وليس من المحتم ان يكون احدثها انفعها ، فاذا حسن التشريد الكلسي الاضطرابات التشنجية فان اليود يعد خير علاج للحالات التصلبية، وتؤدي مشاركة شوارد (ions) اليود والكالسيوم الى احسن النتائج ولكن على الرغم من ان قيمة هذه الطرائق تفوق ما يقال عنها فان فائدتها محدودة

في كثير من الحالات، والاشعة المجهولة وحدها هي ذات التأثير المباشر في النسج العصبية العميقة ، ولا نرغب هنا في شرح طراز او آلية فعلها في النسج اجمالاً والنسيج العصبي بالخاصة بل نعرض فقط ما اقتبسناه من التجارب والممارسة .

تثبت نتائج الاشعاع في مختلف آفات الاعصاب الحسية والحركية والودي والمحور العصبي انه ذو تأثير خاص في النسيج العصبي ، وبرهن هينار (Hesnard) بدرس دعمته التجارب ان للاشعة الاثر الحسن في آفات الاعصاب بتحريرها العناصر النبيلة من ربقة النسج الارتكاسية (réactionnels) والندبية وقد شرح تأثير اشعاع مراكز المحور العصبي وفعله في العلل التخريشية والتشنجية ، وكل يعلم اثر الاشعة المجهولة في توسيع الاوعية على الرغم من جهلنا لفعلها الحسن في الشواشات الوعائية كالتصلبات الوعائية والمحيطة بالاوعية والمستبطنة لها ، ولا ينكر احد دور الاشعاع الاغتذائي الذي فصله ليناردوزي (Lenarduzzi)في المراكز العصبيةوهو ما دعمتهمشاهداتنا الخاصة،ولاننسَ شأن الاشعة في مقاومة الالتهابات ولا سيما المستعصية منها وهي تفعل ايضاً في الحالات الارتشاحية والنتحية كما يشاهد ذلك في العلل الخارجية. فيمكننا ان نسلم اذن بان المداواة الشعاعية المضادة للالتهاب والتصلب والتشنج والمنظمة للاوعية والمصلحة للاغتذاء ذات فعل حسن اذا ما سلطت على بؤر الآفات العصبية مهما كانت العلة البدئية .

مساوىء اشعاع القحف واخطاره : علينا ان نبحث اولا في سلامة هذا الاشعاع تثبت المؤلفات ان النسيج العصبي هو اشد النسج مقاومة للاشعاع فاذا لم يكن الواجب الاطناب في هذه الخاصة فالتجربة تثبت ان المقادير الكبيرة المستعملة في مداواة الاورام لا تؤذي المحور العصبي لاننا لا نتطلب في المداواة الشعاعية الا مقادير زهيدة (اقل من عشر المقادير الورمية) فلسنا نخشى والحالة هذه اي عارض عصبي ، واننا مقتنعون اتم الاقتناع بما نقول وممارستنا الطويلة برهان عليه فاننا لم نصادف لها اي ضرر في اكثر من (٣٠٠) شخص عرضوا للاشعاعات . وتعقب الجلسات الاولى احياناً اضطرابات مبهمة وصداع وشعور بتفاقم الحال المرضية غير ان ذلك كله عارضة زائلة يتلوها تحسن مستمر ، اما ما يخشى من تأثير الاشعة في الذكاء فالحالة النفسية للمرض تتجه دوماً الى التحسن وقد يظن ان الاشعاع يؤخر نمو الدماغ في الفتيان غير ان التجارب تثبت النقيض . وتحسن

الذكاء في صغار المفلوجين بعد الاشعاع كثير الحدوث . ولا يزيد الاشعاع التوتر الشرياني بل كثيراً ما يخففه متى كان مرتفعاً وقلة ما نحتاج اليه من الاشعة لا يعرض المريض لأقل عارض من العوارض الجلدية التي قد تحدث في اشعاع القفا الشديد حتى اننا لم نبلغ في اي حال المقدار المصلع (decalvante) .

طرز الاشعاع : من البين وجوب توجيه معظم الاشعاع الى بؤرة الآفة التي كثيراً ما نجهل ليس اتساعها فقط بل موضعها الحقيقي ، وتؤدي الاضطرابات الارتكاسية اخيراً الى امتداد الحال المرضية الى ابعد من حدودها وعلينا ان نسعى فوق ذلك الى الاستفادة من خواص الاشعة الاغتذائية بعد اشعاع مراكزها الخلوية وكذا الخواص المنظمة للاوعية باشعاع الاوعية والمراكز الودية مما يستخلص منه ان الاشعاع يجب ان لا يقتصر على الساحة الضيقة المعينة للافة بل علينا ان نوسع ساحتنا حتى تشمل نصف القحف برمته ، وتتمركز في منطقة رولاندو على ان ينحرف الشعاع الوارد بمقدار (٤٥) درجة فوق السطح السهمي فيمر بطريقه على مسير الحزمة الهرمية في الدماغ . وتستخدم اشعة متوسطة النفوذ (١٥٠ ك ف مرشحة من ٠،٥مم من النحاس او ١٢٠ ك ف مرشحة من ٠،٣مم من النحاس) ومسافة محراقية كبيرة لا تقل عن (٤٠) سم .

تستعمل مقادير شعاعية ضعيفة جداً وخاصة في الجلسة الاولى التي يختلف مقدارها من (٥ — ٢٠ س) بحسب العلة وشروط الشخص (ومقادير اقل من ذلك في العلل الحديثة او الخفيفة وفي المسنين او المتعبين والاطفال ومقادير اكبر في الشروط المضادة) وتزاد المقادير في الجلسات التالية تدريجياً مع ملاحظة الارتكاسات على ان لا يتجاوز (١٠٠ س) في الجلسة . والفاصلة بين الجلسات اسبوع ولا تتعدى الاسبوعين ولاسيما الاولى منها وسلاسل المداواة قصيرة لا تعدو الست الا اذا لم تحتمل المداواة ولم تستطع زيادة المقادير الزيادة الكافية وتفصل السلاسل (شهر على الاقل بين السلسلتين الاولى والثانية وتزاد الفواصل التالية تدريجياً) ويجوز استعمال معالجات اضافية في هذه الفواصل

استطبابات المعالجة : علمنا اثر الاشعة المجهولة في جميع الشواشات المستعصية لعلل المراكز العصبية ولذا يستطب بها في جميع الحالات اية كانت الآفة البدئية ولا ضرر منها ولا ما يمنع استعمالها .

المشاركات الدوائية ، عدم الائتلاف : قد لا تأتلف المداواة الشعاعية مع معالجات دوائية اخرى حتى ان بعض الادوية الفعالة تؤدي الى ارتكاسات سيئة اذا ما استعملت بعدها ونخص بالذكر الادوية النوعية واليودية فليجتنب استعمالها . وهناك ادوية اخرى لا يعطاها المرضى مع انه لا تضاد بينها وبين الاشعة لتعذر تعيين نصيب كل منها فيما يلاحظ من النتائج ، وبما ان معالجة الفلوج طويلة الامد فان في الوقت متسعاً لاستعمال مختلف التوسطات .

معالجة العلل المحيطية : قد يتسنى للمداواة الشعاعية ان تؤثر في بعض هذه الاضطرابات فالاشعاع النخاعي يصلح مثلاً العصابات والاضطرابات الوعائية الحركية والاغتذائيه ويفيد الموضعي منه في العلل المفصلية . وتفيد وسائط المداواة الحكمية المختلفة كالتمسيد والمداواة بالحركة والحرارة والاستحرار والامواج القصيرة والتيارات المستمرة اذا ما استعملت بحيطة وحذر فائدة جلى.وعلينا ان نحفظ الحال المحيطية في شروطها الحسنة اذا ظل الترمم المركزي ناقصاً ، ولنسرع باعادة الوظيفة اذا كانت الآفات العصبية حسنة الترمم وسنشير الى شأن التدريب الحركي بعدها .

النتائج لقد عالجنا بهذه الطريقة من المداواة منذ اثني عشر عاماً ما يقرب من ثلاثمائة شخص كانوا يبدون تناذرات مختلفة في منشإها ودرجتها وشكلها وازمانها مما ادى الى اختلاف النتائج اختلافاً عظيماً ونجد لنفسنا العذر بعدم اثبات مشاهدات مفصلة . ونرجو من القراء اذا توخوا زيادة الايضاح العودة الى ما دوناه سابقاً في هذا الصدد (صفحة بحث الاشعة ١٩٣٧ رقم ١٢) او اطروحة (شاتن) باريز ١٩٣٧ . وسنذكر اولاً انا لم نصادف اشتداد حال مرضية عولجت بهذه الطريقة في عدد عديد من التوسطات والنكس امر اساسي في الفلوج الوعائية المنشإ او الناجمة عن فرط التوتر ولذا فالنشبة (ictus) المفاجئة في اثناء المعالجة لا تعزى اليها ولم يسعفنا الحظ ان نرى اي عارض من هذه العوارض . فاذا اعتبرنا مجموع مرضانا الذين خصصنا بعضهم باهتمامنا منذ البدء ادهشتنا ندرة النكوس النسبية ونجد بين احصائنا عدداً من الحالات كانت تنتابها نشبات تاكسة قبل المعالجة ولم تعاود المرضى بعدها وشرح ذلك سهل اذا ما ذكرنا فعل الاشعة في فرط التوتر والحالات الوعائية . والامر الثاني اننا لم نمنَ بخيبة تامة في اي حال من الاحوال

على الرغم من وجود حالات كالتلينات المتسمة التي لا يؤمل تحسنها ولا تبدل معالجتها حالة المريض غير انه اذا ما اتبعت فيها شروط ملائمة تحسن بعض اعراضها وتقهقرت فيها الحال التشنجية .

تسيطر الحال التشريحية ولا شك على مستقبل الوظيفة وتجددها فلا ينتظر في التلينات والآفات الرضية الا نتائج محدودة وتبدل قليل في الاعراض وتحسن ملموس في الاضطرابات الاخرى ، على الضد من النزوف التي يتوصل في الندر منا وهو ما اجريت له مداخلة باكرة ومعالجة مديدة الى وظيفة تقرب من الطبيعية غير ان الآفات الانتانية هي التي تتقهقر وحدها تقهقراً تاماً وسريعاً نسبة لغيرها . يسهل ان نفهم مما تقدم ان التناذرات الحديثة احسن واسرع تحسناً من القديمة على ان لا نقطع الأمل من تحسن الاخيرة رغم ثباتها الظاهر والامثلة على ذلك كثيرة .

تعد الشروط الخلقية للشخص عاملاً هاماً في الوصول الى نتائج حسنة والسن في مقدمتها فتأثر الفتيان من المرضى سريع وتام والتجدد مدهش في الاطفال ولو اشتدت الآفات واهم من ذلك ما يرى من تقهقر تأخر الذكاء في الاشكال الطفلية ثم عدم تأثر الاطراف المفلوجة من الاضطرابات الاغتذائية وبقاؤها في نجوة عن القصر المعتاد .

ولا نظنن ان الحالات الافرنجية لا تستفيد من وسائل هذه الطريقة فالمداوة اشعاعية لا تغني عن المعالجات النوعية واذا عجزت هذه عن وقف الانتان فلا تجدي المداواة الشعاعية فيه غير انها تساعد كما في الحالات الاخرى على عودة الوظيفة بعد القضاء عليه كما ثبت في عدد من مشاهداتنا فاذا لم نحصل الا على الندر اليسير في الاصابات الخطرة وفي المسنين والمضعفين او التناذرات القديمة وجب ان لا نعزو ذلك لفساد الطريقة اذ ان الحالات القابلة للشفاء وتحسنها اكثر من ان تحصى وبها تثبت ان المداواة الشعاعية خير واسطة للتحسن فهي تقلب الكسيح المقعد شخصاً يملك بعض الحركة وتمنح التجدد التام لشخص خفت اصابته او عولج بها باكراً .

وقد يقال ان الفلوج تحسن عفواً ، وقد يكون من العسير تحديد ما يعود من التحسن للمداواة وقد ننكر شأنها ولكن لا مجال للشك اذا ما روقبت سلسلة كبيرة من المعالجة وبعد ملاحظة تسرع التقهقر العفوي ، وبعد ظهور بوادر التجدد في الحالات الثابتة منذ الجلسات الاولى.

هل للتناذرات نظام او طرز مرجح للتقهقر ؟

يتعلق سير الاعراض المختلفة وطرزه حتماً بدرجة اصابة المراكز التي افضت اليها وهو يختلف بين حال واخرى ، وترى عادة عند معالجة الفلوج درجات من الحساسية والمقاومة ، وتحسن الاضطرابات النفسية بسهولة، فالنساوة (amnésie) تتقهقر والافكار السوداوية تغيب . وتنقطع الحوادث التخريشية الحركية (شبه الصرع والرقص) كالحوادث الالمية المركزية التي تتوقف باكراً بعد اشتداد موقت احياناً وتحسن الحبسات بسرعة وعلى الضد فان الاضطرابات الحواسية ويضاف اليها بطلان الحس فهي اشد استعصاءً .

ويرى في التناذد الهرمي نفسه اولاً تناقص الحوادث التشنجية ثم تفقد المنعكسات حدتها ويشعر المرضى بليونة كبيرة في الاطراف ولا يستعيدون حركاتهم الارادية الا متأخراً والتجدد بصورة عامة بطيء وناقص في الطرف العلوي ونادراً ما تختفي علامة بابنسكي وبصورة متأخرة .

ادارة المعالجة : اذا امكن توجيه معالجة مجدية الى العلة المسببة وجب ان تمارس في بدئها سواء اكانت جراحية او كيمياوية او شعاعية ، غير ان الاخيرة قد تكون مجالاً لظهور العقابيل اذا لم تنته المعالجة السببية او لم تأتلف هذه المداخلة مع اشعاعاتنا بعد ان علمنا ان بكورة المداخلة امر ضار .

لا تعد حالات السبات التي تحسن بالاشعة عقبة في استعمالها اذا لم تواجهنا مشكلة نقل المريض ، ويمكن معها مداواة الحال المحيطية بالتمسيد والامواج القصيرة والاستحرار او المعالجة بالحرارة وخاصة الاضطرابات الاغتذائية والوعائية الحركية التي لا تتأخر عن استعادة وظائفها . واننا نجتنب بقدر الامكان التأثير السيء في المراكز العصبية بالاشعاع وبذلك ننجو من ارتكاسات غير منتظرة مما يساعدنا على لمس ثمرة اعمالنا .

وتجرى في فواصل سلاسل المداواة الشعاعية جميع انواع المداواة المتممة المفيدة مع مواصلة الاستمرار على الاعتناءات المحيطية والتدريب .

قد يخرج بعض من آفات السبيل الحركية عن نطاق المداواة الشعاعية التي قد تحسن منها بعضاً من الاضطرابات المحيطية، غير ان فعلها محقق في العقابيل التشريحية للافات التي تبقي الفلوج التي يندر تحسنها بالوسائط العادية . وهي تحرر الوحدات العصبية القابلة

للتجدد بتعديلها التنشؤات الارتكاسية والتدبية للنسيج العصبي او النسج المتصلبة. وتأثيرها حسن في الحالات الوعائية والاغتذائية العصبية .

يعرض للاشعة نصف القحف المصاب باجمعه باشعاعات ذات نفوذ وسط ومقادير بدئية ضعيفة جداً ، وتزاد تدريجياً مع مراقبة درجة ارتكاس الشخص والجلسات متباعدة والسلاسل قصيرة .

ولاتتنافى هذه الطريقة مطلقاً مع الطرق الدوائية الاخرى ويجب ان تجرى بعد مداواة العلل السببية على ان تمارس بوقت قصير ما امكن مع اجتناب تداخل عوامل المعالجات المختلفة وتعد طرق المعالجات الحكمية الاخرى من متممات المعالجة المفيدة غير انها اقل نتيجة منها .

وقد تبين ان المداواة الشعاعية المطبقة كما تقدم لا ضرر منها البتة ونتائجها تفوق طرق المداواة الاخرى ، اذ يقع التجدد التام في بعض الحالات ويعسر التحسن في اخرى غير ان الخيبة التامة لا تلاحظ مطلقاً

ب . لغوف P. Le Goff

❁ ❁ ❁

صفرة الاكريدين في معالجة الانتان التيفي

ترجمة العليم شفيق البابا
المساعد في المعهد الطبي

لقد نشر م . ى بيريس في السفر الطبي بتاريخ ١٢ ايلول سنة ١٩٣٩ مشاهدات عدة تثبت فائدة حقن الوريد بصفرة الاكريدين في معالجة الاتنان التيفي ويلخص هذه الطريقة بما يلي :

يحقن من المادة الملونة يومياً بمقدار يكفي لهبوط درجة الحرارة ومنعها عن الصعود .

ويكفي غالباً مقدار (٥) سانتمترات مكعبة من محلول (٠.٢٪ لاحداث هبوط بين في المخطط والحقن بعشرة سنتيغرامات من المحلول نفسه يفضي الى هبوط سريع في درجة الحرارة ويلجأ اليه لامالة المخطط عن مستواه والحاجة اشد الى المقادير الكبيرة في بدء الحمى التيفية منها في نهايتها .وليسقَ المريض كثيراً من الماء لا اقل من ليتر يومياً واذا تعذر ذلك عن طريق الفم حقن له من المصل الملحي والسكري صباحاً ومساءً مقدار نصف ليتر واليك النتائج التي نالها المؤلف من ممارسته :

تضع هذه الطريقة حداً لكل حمى تيفية فتهبط حرارتها بسرعة الى الدرجة الطبيعية وتقي المريض وطأة الاختلاطات الخطرة وتوصل المريض بسلام الى ميناء النقه قبل ان يأخذ منه المرض مأخذه الشديد لان الحرارة تهبط بعد حقنة الى خمس حقن .

ليس لهذه الطريقة اقل محذور وعدد الحقن العديد الذي اجري بصفرة الاكريدين بدون اقل عارضة دليل ناصع على سلامة هذه الطريقة .

وهذه الطريقة ناجحة وفعلها تابع لمقدار العلاج المستعمل فان الطبيب يستطيع ان يخفض الحرارة خفضاً سريعاً او تدريجياً بحسب المقدار الذي يحقن به (٥ — ١٠ سم٣)

وانها لطريقة سهلة الاستعمال لان كل طبيب ممارس قادر على اجرائها فهي حقنة وريدية ليس غير . ويشترط فيها فقط اجراء الحقن ببطء .

وبوفر فعل صفرة الاكريدين الناجع في عصية ايبرت على المريض والممرضات كثيراً من المعالجات الاخرى المزعجة وفي مقدمتها الابتراد (المغاطس الباردة) التي يتذمر منها المريض وذووه . واذا لم يكن لهذه المعالجة من حسنة غير تقصير مدة الحمى لـكفى لان الحميات التيفية المديدة السير تفضي بما تطلبه من الحمية الصارمة الى اضعاف قوى المريض وهدّ عزائمه فصفرة الاكريدين تجعل الحمى التيفية في مصاف العفونات الاخرى الخالية من الخطر .

❀ ❀ ❀

الجزء ١٠ المجلد ١٤

مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في نيسان السنة ١٩٤٠ م الموافق لصفر السنة ١٣٥٩ هـ

الجمعية الطبية الجراحية

جلسة الثلثاء في ١٢ آذار سنة ٩٤٠

قرئت فيها التقارير التالية :

١ — العلمان تافينار وغان : تناذر ذيل الحصان ورثية فقرية مزمنة

دخل جندي عمره ثلاثون سنة المستشفى لسلس بول مبتدئ منذ شهرين وقد ظهر من معاينته الدقيقة تناذر ذيل الحصان الخفيف واستنتج من الليبيودول الذي حقن به عمود العنق بتجزؤ قطيراته ان عنكبوتية القطن ملتهبة التهاباً خفيفاً واظهر الرسم الشعاعي رثية فقرية لا شك فيها وقد ارسل المريض ليعالج معالجة شعاعية .

٢ — العلمان حسني سبح ونظمي القباني : حادثة قرحة اثنا عشرية منثقبة ، التهاب الصفاق الحاد ، توسط جراحي في اليوم السادس ، اختلاطات عديدة ، شفاء ،

مشاهدة مريض مصاب بقرحة الاثنا عشري منذ زمن طويل انبثقت قرحته والتهب صفاقه التهاباً شاملاً ولم يبضع الا في اليوم السادس وبعد ان أتى من رياق الى دمشق وقد تعرقل سير المرض بخراج تحت الحجاب وبذات الجنب القيحية وعلى الرغم من كل هذا شفي المريض بعد ثلاثة توسطات خطرة .

المناقشة : العليم لوسركل .

٣ — العليم مونيرو دومان : الاشتراكات الجرثومية في التقرحات التناسلية ،
أورد المقرر الاشتراكات الجرثومية المختلفة في التقرحات التناسلية : اشتراك البريميات وعصية دوكري،ودوكري وداء نيقولا وفافر ، ودوكري والبريميات والداء اللنفاوي الحبيبي ، وداء الافرنج والقرحة اللينة والعقبول ، والقرحة الافرنجية والجرائيم المقيحة ، والقرحة اللينة والمكورة العنقودية.وهذا الاشتراك نادر جداً. واستنتج المؤلف ان الواجب يقضي بالفحوص المخبرية المكررة من معاينة مقصودة وبزل العقد المتبججة والتفاعل المصلي والا بقي التشخيص ناقصاً واستفحل الداء قبل ان يشخص .

٤ — العليم لوسركل : توسطات على الودي لمحو الألم في ثلاث حادثات .
المشاهدة الاولى هي حادثة شخص مصاب بسرطان المستقيم المثبت نسيجياً عولج بالراديوم بعد ان فتح له شرج اصطناعي حرقفي غير ان الآلام اقضت مضجعه ولم يسكنها اقوى المسكنات فقطعت سلسلته القطنية في الجانبين فزالت آلامه حتى ان حالته العامة تحسنت وعاد الى معاطاة اشغاله .

والحادثة الثانية هي حادثة شخص مصاب بسرطان البواب فوغرت معدته بالصائم وحرمته الآلام لذة النوم فقطع عصبه الحشوي في الجانبين وزالت آلامه غير ان سرطانه قضى عليه .

والحادثة الثالثة لمريض مصاب بسرطان الكبد اشتدت آلامه حتى كان يلتوي كالقوس ويصرخ صراخاً مراً ولم يكن المورفين يسكنها ، قطع عصبه الحشوي الايسر تحت الحجاب فزالت آلامه ولم تعد حتى مغادرته المستشفى .

٥ — قدم العليم نظمي القباني مريضاً كان مصاباً بفتق عرطل ينزل حتى الركبتين وقد رتق فتقه وشفي . ٢ — صورة ساق ولد استأصل جسم ظنبوبه منذ زهاء سنة لالتهاب عظم ونقي اصابه وقد تجدد الظنبوب تجدداً كافياً مكن الولد من المشي .

م · خ ·

❀❀❀

١ ـ تناذر ذنب الحصان ، ورثية فقرية مزمنة

للعليمين تافينيار وغان

ترجمها العليم عزة مريدن

عدّت العراقيل العصبية في الرثية الفقرية زمناً طويلاً كأنها الدلالة الوحدة على تخرش الجذور وانضغاطها بالتهاب الحبل او بازدياد النشوء العظمي اللذين يسهل كشفهما عادة من دلائلهما السريرية والشعاعية . ولا تكفي اعراض بعض الحوادث دائماً لتعليل الآفة الجذرية الواحدة ، وهذا ما حدا بالعلماء ولا سيا منذ عشر سنوات للتفكير والبحث في اوصاف آفات اكثر عمقاً ، اكتشفت تباعاً في النسج ما تحت الأم الجافية ، ثم في الغلف السحائية ، وفي النسيج العصبي للجذع النخاعي وان يكن ذلك في الحقيقة نادراً ، وكان من ذلك ان نتائج المعالجة قد تحسنت واصبح بالمستطاع انتخابها انتخاباً حسناً ، فقطع الصفائح والمعالجة الشعاعية أفضيا الى تحسن لم تكن تحلم به المعالجة الدوائية .

والمشاهدة التي نقدمها اليكم اليوم تبدو لنا مثالاً نموذجياً على انتشار الآفات الرثوية انتشاراً عميقاً حتى الى محيط النخاع الشوكي مباشرة ، ومع اننا لم نقف بعد على نتائج المعالجة فاننا نجد من الفائدة تقديمها اليكم :

المريض فرنسوا . . . زراع من مقاطعة بروتانيا ، عمره ثلاثون سنة ، ساقته الظروف الحاضرة للمرة الاولى الى سورية منذ ثلاثة اشهر ، ويظهر انه قد وصلها بصحة جيدة ، وليس في سوابقه الا سيلان في السنة ١٩٣٦ واول اضطراب بدا فيه هو سلس البول الليلي منذ شهرين (في اواخر كانون الاول سنة ١٩٣٩) وكان يظهر هذا الاضطراب في كل ليلة تقريباً منذ ذلك التاريخ ، بشكل بيلة غير ارادية بين نصف الليل والساعة الواحدة من الصباح ، وقد لازمه هذا السلس على الرغم من جميع الاحتياطات التي كان يتخذها الا في الليالي النادرة التي كان يستطيع فيها ان يستيقظ قبل الساعة المشؤومة بقليل ويفرغ مثانته ولم نجد باستجواب المريض سلس بول في عهد الطفولة ، وليست الحالة لديه عودة

ظهور بيلة لا ارادية طفلية . ولا يدري المريض انه اصيب باختلاجات في طفولته ولاعلاقة ابداً لتبويله اللاإرادي بعرض من زمرة الاعراض الصرعية .

وليست نهاية حلم مزعج ، كما ان انتظام السلس يكفي لنفي منشأه النفساني. ولا يشكو المريض اي اضطراب آخر ، ولم يلفت انظارنا بأي وسيلة ، الى عموده الفقري، هو رجل كبير وقوي ،مفتول العضلات ، وحالته العامة حسنة ، أدى خدمته كاملة حتى اليوم الذي دخل فيه المستشفى فكشف الفحص العصبي التام اكتشافات تدعو الى الدهشة .

القوة العضلية ناقصة في قابضات الساق على الفخذ في الطرفين ولا سيما الأيمن ،وطبيعية في الزمر العضلية الاخرى . منعكسات المنطقة العجزية الوترية والسمحاقية (الدابري ، الاخمصي المتوسط ، والشظوي الفخذي الخلفي) زائلة في الجهتين، بينما المنعكسات الداغصية والظنبوبية الفخذية الخلفية ، حادة ، والمنعكس العاني المتوسط يجيب اجابة علوية حادة ، واجابة سفلية ضعيفة ، واما منعكسات الطرفين العلويين فطبيعية . وتنقبض اصابع القدمين لدى تحري المنعكس الاخمصي الجلدي ، والمعكس المعلقي وكذا المنعكسات الجلدية البطنية السفلية زائلة ، المقوية العضلية تكاد تكون طبيعية الا في الفخذ اليمنى المسطحة قليلاً عند الاضطجاع والا في الألية اليمنى حيث تنخفض الثنية الالوية، ومنعكسات الوضع (posture) محفوظة ، ومنعكسات الوضعة طبيعية .

وقد ابان فحص الحسيات نقصاً في حس اللمس على الوجه الوحشي من الساق اليسرى في نصفها السفلي وفي الحافة الوحشية من القدم اليمنى ، وفي هذه الناحية ايضاً نقص في حس الحرارة والبرودة والوخز ، ووضعة القدمين واصابعهما طبيعية ، واما في باقي النواحي ولا سيما الناحيتين العجانية والفخذية فلم يبدُ اي اضطراب حسي ظاهر . ولا ما يستحق الذكر في مناطق الاعصاب القحفية المختلفة ، الحدقتان متساويتان وتتفاعلان بالنور والمسافة ، قعر العين طبيعي ، ولا اضطرابات في وظائف المصرة الشرجية ولا في الوظائف التناسلية .

الاحشاء المختلفة طبيعية ، الضغط الشرياني ١٥/٨ بجهاز باشون ، وليس في البول سكر ولا آحين ، تفاعل هيخت ومينيكه في الدم سلبيان .

والخلاصة لقد كشف الفحص العصبي في مريضنا اضطراباً خفيفاً في القوة العضلية

وفي حس الطرف السفلي الايمن ، وزوالاً تاماً للمنعكسات الوترية والسمحاقية للناحية في الطرفين ، فاذا اضيف الى هذه الاعراض سلس البول الليلي ، فان الفكر يتجه سريعاً الى تشخيص تناذر ذنب الحصان ، وفي كل حال ان غياب الآلام العفوية في منطقة محدودة وفقدان المنعكسات الجلدية البطنية السفلية والقطنية العجزية يميلان بالفكر الى انه ليس هنالك آفة محتملة موضعة بل آفة منتشرة سطحية في الناحيتين الظهرية السفلية والقطنية العجزية سائدة بحذاء ذنب الحصان ، ولقد اثبت فحص السائل الدماغي الشوكي هـذه المعلومات فالبزل في النقطة المنتخبة اخرج سائلاً رائقاً فيه ثلاث خلايا لنفاوية في المم٣ و٣٦ ٠،٠ من الآحين وتفاعل الجاوي فيه طبيعي ، وتفاعل واسرمان سلبي. واما السائل المستخرج بالبزل ما تحت القفا ففيه اقل من خلية لنفاوية واحدة في الملم ٣ و٠،٢٥ من الآحين وقـد نزل الليبيودول المحقونة به هـذه الناحية حتى الرتج النهائي بسرعة الا بعض قطيرات بقيت عالقة في الناحيتين الظهرية السفلية والقطنية ، الى اليوم الثاني حيث سقط معظمها في الرتج .

وفي الجملة فان هذه الفحوص تبين لنا زيادة قليلة في آحين السائل الدماغي الشوكي واحتمال التهاب العنكبوتية القطنية العجزية ، وتقصي نهائياً فرضية انضغاط ذنب الحصان بتنشوءات محدودة تحت العنكبوتية او في خارج الأم الجافية . ولقد سلمتنا الأشعة مفتاح التشخيص السببي ، فقد كشف تصوير السيساء جسوراً ذات شأن بين فقار الناحيتين القطنية والظهرية بدون آفات بينة في الاقراص، والمنظر العام منظر رثية فقرية ، لهذا كله وجب علينا التدقيق جيـداً في امـكان التأثر السحائي الجذري التالي لرثية فقرية ، في مريض لا يعترف بسوابق نوعية وليس فيه شيء من اعراضها السريرية ، وكانت تفاعلاته المصلية كلها سلبية ، ومن جهة ثانية ليس في سوابقه آفات عظمية من نوع داء بوت .

ان تحليل الاعراض السريرية المشاهدة يظهر بسرعة انه لا يمكن عزوهـا الى حادثة التهاب الحبل الذي يحتمل ان يكون ولـكنه لم ينكشف في مريضنا منـه شيء . وهاتان العلامتان تبدوان ناجمتين عن اصابة النخاع التي تحدثها على الارجح آفات الغلف السحائية ، ولا سيما التهاب العنكبوتية الذي يثبته في مريضنا تعلق قطيرات الليبيودول الصغيرة في الجوف ما تحت العنكبوتية ، وازدياد الآحين القليل في السائل الدماغي الشوكي ، ولقد اثبتها ايضاً في مناسبات عديدة نزع الصفائح الاستقصائي في الحوادث المشابهة ،

ومهما تكن اصابة النسيج العصبي سهلة بعامل الجوار ، فان التهاب العنكبوتية ليس الآفة الوحدة التي تصيب غلف السيساء ، ونعتقد بالاستناد الى حادثة شخصية شاهدناها سابقاً امكان انتشار التفاعل الالتهابي الى النسج ما تحت الأم الجافية والسحايا الصلبة .

ولقد تابع احدنا مع الدكتور (ليشيل) في شعبته ، مريضاً كانت الصفحة السريرية لديه صفحة انضغاط نخاعي في الناحية الرقبية السفلية ، ثم ما لبث هـذا التشخيص ان اصبح مشكوكاً فيه بعد تجربة الليبيودول الشعاعية اذ شوهدت آفات رئية فقرية هامة في الناحية نفسها، وقد نزع الدكتوربوتي دوتايي الصفائح الفقرية فكشف عن نسيج متكثف ما تحت العنكبوتية ، قوامه صلب صلابة غير طبيعية ،فنزع على ارتفاع ثلاث فقرات تقريباً فادى نزعه الى تحسين بيّن في الاضطرابات المشاهدة (لقد قدمت هذه المشاهدة في السنة ١٩٣٥ الى جمعية المستشفيات الطبية في باريز ولم نعثر على مرجعها الاصلي) ويرجح في مريضنا الذي نعرض مشاهدته اليوم التهاب الأم الجافية المضاف الى التهاب العنكبوتية .

وقبل ان ينتهي تحليلنا السريري، نريد ان نلفت الانظار الى نقطتين هامتين : اولاهما تظاهر الرثية الفقرية تظاهراً خفياً لم يتمثل سريرياً الا بسلس البول الليلي على الرغم من وضوح الآفات شعاعياً ، وثانيتهما ندرة توضع العراقيل الرثوية على ذنب الحصان ، ندرة نسبية كان ابانها منذ السنة ١٩٣٨ باريكيوس (من مقال له حول التظاهرات العصبية العنكبوتية النخاعية الجذرية في الرثية الفقرية المزمنة — مجلة الرثية رقم ٦ — حزيران ١٩٣٨ الصفحة ٥٦٩ — ٦١٥) ان خفة الاعراض التي دعت الى التفكير في انضغاط النخاع السفلي واعصاب ذنب الحصان لم تضطرنا الى قطع الصفائح القطنية في الحال بل بدا لنا من الفائدة والمنطق ان ننصح اولاً بالمعالجة الشعاعية باشعاع متوسط النفوذ يطبق على الناحية القطنية العجزية ، وقد تؤدي هذه الطريقة الى نتائج كافية ، والا فيجب بعد قطع الصفائح ، ان ننزع النسج ما تحت الام الجافية ، ونفتح الأم الجافية ونقشر الستار العنكبوتي الذي يشاهد حول اعصاب ذنب الحصان . .

وانه ليسرنا ان نقدم لكم القسم الثاني من هذه المشاهدة اذا سمحت بذلك الظروف اذ تكشف النقاب عن حالة المريض بعد المعالجة وتطبع تشخيصنا بطابع التأكيد والاثبات الأمر الذي ينقصنا حتى الآن .

٢ ــ حادثة قرحة الاثنا عشري ، انثقاب القرحة

والتهاب البريطون الحاد ، توسط جراحي في اليوم السادس ، عدة اختلاطات ، شفاء

للعليمين حسني سبح ونظمي القباني

ان المدعو ن .ز وعمره ٣٩ سنة ومن سكان محلة الميدان ومهنته سائق في القطار راجع احدنا للمرة الاولى ، في اليوم الخامس من شهر تشرين الثاني السنة ١٩٣٨ لآلام شرسوفية ونحول ووهن بيّن .

ويرجع تاريخ العلة الحالية الى ست سنوات خلت ، فقد اجريت له آنئذٍ حقنة من الكينين اصابت منه العصب الوركي الايسر ، واعترته على اثرها آلام مبرحة اضطر لتسكينها الى ابتلاع عدة حبات وبرشانات مسكنة ، ويروي العليل انه بلع في احدى الليالي انبوب الاسبيرين بكامله .

وبعد هذا الحادث ابتدأ يشعر بألم في الشرسوف راجع من اجله عدة اطباء في دمشق وبيروت وكان الألم مستقراً في الشرسوف مع انتشار الى الايسر ، وهو متواصل مع اشتداد بنتابه بعد الاكل بثلاث ساعات ، وكان يهدأ الألم على اثر الطعام واخذ بعض الادوية القلوية .

وبالفحص لاحظنا استقرار الألم في الشرسوف من قرب الخط المتوسط والى أيمنه خاصة ولم يبد العليل اي اضطراب آخر ولم تثبت الفحوص المخبرية التي اجريت له في ذاك الحين شيئاً فقد كانت نتيجة ارتكاس واسرمان سلبية ، ولم يكشف فحص البراز اي اثر للنزف الخفي فيه .

وغداة مراجعته احدنا اتانا والده مخبراً عن اصابة ولده بقيء الدم ، وقد ذهبنا الى داره فوجدنا في العليل جميع العلامات المشيرة الى النزف الغزير من صغر واسراع في النبض

ونقص الحرارة وسواه . رتبنا المعالجة اللازمة واوصيناه بالراحة المطلقة ، وبدا التغوط الاسود في اليوم التالي واستمر خمسة ايام ، وتحسنت حالة العليل العامة بعدئذ وكذلك حالته المحلية ، وفحصه احدنا بالاشعة في العاشر من كانون الاول وكانت النتيجة كما يلي :

حجم المعدة وسط ، شكلها على هيئة حرف j بدون اي انسحاب ولا توسع ولا اي أثر لسائل الركود ولا لفرط المفرز ، حركات التحوي شديدة ، ولم يلحظ اي تشوه في المعدة ولا في البواب . وبصلة الاثنا عشري كانت كبيرة الحجم مشوهة بثلمة في قاعدة الانحناء الكبير بدت جلية في الصور المتسلسلة التي نعرضها على حضراتكم في الوضعتين القائمة والاستلقائية . ولم نشك بعد هذه العلامات الشعاعية الواضحة في ان عليلنا مصاب بقرحة الاثنا عشري مع التهاب في محيط هذا المعى ، وان اقتراحنا بالتوسط الجراحي لم يلقَ قبولاً .

وكانت المعالجة بعدئذ ، بالضماد الاثنا عشري ، وبمضادات التشنج ، وبسلسلة من حقن التوارتنيل والهيستيدين ، ورتبنا له التدبير الغذائي الخاص بما يكفل له التغذية الحسنة . وشعر العليل بالتحسن البين وغابت عنه آلامه ، ولم يكشف اي أثر للنزف الخفي في فحص برازه . وقد شرع العليل يراجعنا مرة في كل شهر مبدياً امتنانه للحالة التي وصل اليها والتي استطاع معها ان يزاول مهنته الشاقة بدون اي شكوى .

وبينما كانت حال العليل بتحسن مستمر ، رأيناه في السادس من شهر تشرين الثاني السنة ١٩٣٩ لألم عاوده بعد ان اسرف في الاغذية والاشربة الغولية ، واشرنا عليه بالخلود الى الراحة غير انه كان ملزماً على مغادرة دمشق الى مقر عمله في رياق ، وقص علينا العليل بعدئذ انه شعر ليلة السابع من تشرين الثاني بألم اخف ، غير انه باغته ألم مبرح حوالي الساعة الرابعة من النهار المذكور بينما كان قائماً باحدى المناورات ، وكان الألم في المراق اليمنى مع انتشار الى المراق اليسرى . وان شدة الألم اجبرته على الصياح مستغيثاً والالتواء ذات اليمين وذات الشمال ، وان الطبيب الذي استدعي له في رياق اوصاه بكيس الجليد على البطن مع ازدراد قطع صغيرة منه وحقنه بالمورفين وطلب اليه الشخوص الى بيروت للتوسط الجراحي العاجل . غير ان المريض رفض التكليف الاخير ، وبدت في اليومين السابع والثامن من تشرين الثاني اقياء صفراوية ، وظلت حالته كذلك في التاسع

من الشهر مع استمرار الاقياء ، وبدا الفواق في اليوم العاشر من الشهر مع ضيق النفس ، وساءت حال العليل واصر على القدوم الى دمشق فوصل اليها في اليوم الحادي عشر مستدعياً احدنا الذي لاحظ فيه علامات التهاب البريطون وطلب اليه دعوة زميله للاستشارة في اليوم الثاني عشر .

وفي الاستشارة كانت حال العليل كما يأتي :

الوجه شاحب ، السحنة أبقراطية ، النهايات باردة ، البطن منتفخ ، الدفاع العضلي خفيف في ناحيتي الشرسوف والمراق اليمنى . حركات الحجاب محدودة ؛ النفس البطني مفقود، صمم في قرع الحفرتين الحرقفيتين، النبض مسرع وعدده ١٢٠ في الدقيقة ، التنفس متواتر وسطحي ، درجة الحرارة ٣٨،٤ ، الاقياء كرائية مع توقف الغازات والمواد الغائطة.

وحيال هذه الاعراض لم نشك بانثقاب القرحة ، فاقترحنا عليه التوسط الجراحي ولاقى هذا الاقتراح قبولاً من المريض ومن ذويه ، وبعد قليل نقل الى مستشفى معهد الطب واجري التوسط الجراحي في حوالي الساعة الثانية عشرة من نهار الثاني عشر من تشرين الثاني.

وبعد التخدير بالايتر ، شق بطنه على الخط المتوسط ، فبدا صديد نتن الرائحة ، وبعد تنشيفه لوحظت في ناحية الاثنا عشري اغشية كاذبة تملأ الجزء العلوي من البطن ، وبعد تفريقها لم يشاهد في المعدة شيء ما ، بيد ان في القطعة الاولى من الاثنا عشري ظهر انثقاب مستدير مقره في الوجه الامامي ، وشوهدت كمية من السائل المصلي القيحي في الناحية تحت الكبد . واستنشق السائل بالممص الكهربي وخيطت القرحة بخياطة دائرية مع طمر جزء من الثرب فوقها ، ثم فوغرت المعدة بالمعى ، واستنشق السائل من الحفرة الحرقفية قبل اغلاق الجدار ، وفجرت ناحيتا الاثنا عشري وقاع الحوض بميكوليز واغلق الجدار بخياطة واحدة بخيوط الشبه (برونز) .

وحقن المبضوع في عقب التوسط الجراحي بعدة حقن من المصل الاصطناعي والزيت المكوفر ، ولقح بالبروبيدون في الغداة مع الحقن بمصل غوسه وثوبر على الحقن المذكورة اربعة ايام متتالية . هبطت الحرارة في اليوم الثالث عشر من تشرين الثاني الى ٣٨ والنبض الى ١٠٠ ، وخفت الاقياء ، غير ان الفواق ما زال مستمراً حتى اليوم الخامس بعد العملية ، ورفع ميكوليزا الناحيتين الاثنا عشرية والحوضية في اليوم الثامن وأخذت

حال العليل تتقدم ، وقطعت الخيوط كلها في اليوم الخامس عشر .غير ان الحرارة ابتدأت بالصعود بعد يومين حتى ٣٨٫٨ ثم الى ٣٩٫٢ مع اسراع النبض (١٢٠) عدة ايام ، وعاود الفواق العليل وابتدأ يشعر بالم في المراق اليمنى ، وشاهدنا في التنظر الشعاعي ان حركة نصف الحجاب الايمن محدودة مع كثافة في المراق اليمنى ، واخرج بزل هذه الناحية صديداً نتناً كشف فحصه الجرثومي عن العصيات الكولونية فيه مما يشير الى اصابة عليلنا بخراجة تحت نصف الحجاب الايمن . خدرت الناحية تخديراً موضعياً ، واخرج شقها ٧٠٠ سم٣ من السائل ثم فجرت . غير ان حال العليل لم تحسن بعد هذا التوسط الثاني وظلت الحرارة حوالى ٣٩ والنبض مسرع مع ضيق النفس والفواق والألم الناخز الايمن . وبدا بالتنظر الشعاعي الثاني انصباب جنبي مرتفع حتى زاوية الكتف واخرج البزل صديداً نتناً ايضاً مفعماً بالعصيات الكولونية ، قطعت الضلع التاسعة وافرغ الصديد وفجر . وشعر المبضوع في الغداة بتحسن مطرد وخفّ ضيق النفس وهبطت الحرارة وابطأ النبض وندبت الجروح وغادر العليل المستشفى في اليوم ٢٧ من كانون الاول السنة ١٩٤٠ بالصحة الجيدة .

١ — ان ما يستلفت النظر في هذه المشاهدة هو التوسط المؤخر في القرحة المنثقبة ، ان الاستاذ هرتمان يقدر ، في احصائه الذي يشتمل على ١٨٥ حادثة انثقاب نسبة الموت بـ١٩ ٪ في التوسط المجرى في سياق الساعات الست التي تلي الانثقاب وبـ٢٥ ٪ في التوسطات المجراة ما بين الساعتين السابعة والثانية عشرة و٥٥ ٪ في التوسطات المجراة ما بين الساعتين ١٣ و٢٤ وما يليها .

ولم يجر التوسط لمريضنا الا في اليوم السادس من انثقاب قرحته وهو في حالة يئة، وبعد ان نقل من رياق الى دمشق بشروط غير مرضية . وقد تحمل التوسطات الجراحية الثلاثة المتتابعة وترك المستشفى معافىً .

المناقشة: العليم لوسركل

انها لحادثة مفيدة تستحق الذكر غير انني انسب النجاح فيها علاوة على دفاع البدن الى الميكوليس الذي لم يكتف الجراح بوضع واحد منه في الحوضة بل وضع منه اثنين معاً . وتأتي هذه الحادثة دليلًا على فائدة التفجير بالميكوليز وعلى صحة ما بشر ولا يزال يبشر به الاستاذ الكبير حنا لويس فور .

٣ ـــ الاشتراكات الجرثومية في القرحات التناسلية

« للعليم مونرو — دومان »

ترجمة العليم منير السادات

مدخل : اذا كان تشخيص القرحات التناسلية سهلًا في الحالات العادية فهو صعب متى لم تكن الآفات بيانية وحيث تشترك الجراثيم. والالتجاء واجب في هذه الحالة الى الوسائل المخبرية جميعها غير ان نتائج هذه الفحوص الجرثومية قد تضل التشخيص عوضاً عن ان ترشد اليه بسبب اشتراك الجراثيم وقد تستلزم اختبارات حيوية اخرى يُرجع اخيراً في تعليلها الى السريريات . فعلى الطبيب ان يضع دائماً نصب عينيه امكان اشتراك الجراثيم في هذه القروح والاَّ تعرض للخطإ وكان تشخيصه ناقصاً .

السريريات : تصادف في الاعضاء التناسلية نماذج عديدة من العفونات المشتركة نستطيع قسمتها بالنسبة الى نهجها السريري كما يلي : ١ً — العفونات المتتابعة سواء أجاءت العفونة الثانوية في عقب عفونة بدئية او وقعت العفونات في آن واحد غير ان زمن الحضانة فيهما مختلف . ٢ً — الانتانات المعاصرة وهي اشتراكات جرثومية حقيقيـة وفي كلتا الحالتين يصعب التشخيص ولا يجلوه الا حذق الطبيب الماهر .

أ — اشتراك البريميات وعصية دوكري : ان اكثر القرحات التناسلية المختلطة تنجم عن اشتراك البريميات ودوكري وقد بين روله من ليون صفاتها التي اسألكم السماح بذكرها بايجاز : من المعلوم ان مدة الحضانة في القرحة اللينة اقصر منها في القرحة الصلبة فاذا وقع التلقيح في آن واحد اتصفت القرحة بصفات القرحة اللينة اولاً .

« ان الحضانة في القرحة اللينة من ٢ — ٧ ايام وفي الغالب ٣ ايام وهي في القرحة الصلبة ٢٥ يوماً »

فالخطأ الذي يجب اجتنابه هو الاَّ تشخص هذه القرحة قرحة لينة ويُهمل سيرها

المقبل فان هذه القرحة تتبدل صفاتها ويزول احتقانها باستعمال لقاح نيقول ولكن ندبها يبطيء واذا تكرر فحصها تبين ان لها قاعدة صلبة وقد تكشف البريميات فيها غير ان كشفها ليس بالامر الثابت ويصبح تفاعل بورده واسرمان ايجابياً غير ان بزل العقد اللنفاوية قبل ذلك الحين يكشف البريميات فيها وسبق الحوادث واجب لاكتساب الوقت. فعلى هذا المنوال تنمو القرحة المختلطة عادة على انها قد لا تسير بزمنين مميزين وذلك ان يكون الشخص قد اصيب اولاً بداء الافرنج ثم انه،وقرحته لا تزال صغيرة جداً ، يتلقح بعصية دوكري التي تدرك بسيرها السريع سير البريميات البطيء فتنشأ من ذلك قرحة مختلطة بكل ما في الكلمة من معنى . ان استاذي المأسوف عليه لورتا — جاكوب كان يردد كثيراً على مسامعنا هذا القول المأثور : (ان انقلاع حافات القرحة يعني انها قرحة دوكري والتصاق حافاتها معناه قرحة افرنجية فسأله يوماً احد تلامذته وما قولك يا سيدي اذا كان جزء من الحافات منقلعاً والجزء الآخر ملتصقاً ؟ فاجابه الاستاذ تكون القرحة في هذه الحالة مختلطة) . ومن جهة اخرى اذا كانت القرحة متقيحة اي متصفة بصفات القرحة اللينة وكانت قاعدتها صلبة اشتبه بكونها مختلطة غير ان القرحة اللينة متى كانت شديدة الالتهاب وتعفنت تعفناً ثانوياً قد تستند الى قاعدة مرتشحة وتمييز الصلابة عن الارتشاح امر دقيق يتطلب خبرة أنامل المتخصص بالامراض الزهرية .

وهناك نوع نادر من القرحات المختلطة هو القرحة الصلبة الملقحة بعصيات دوكري بعد ان تكون قد بلغت تمام نموها فتبدو حينئذ قرحة صلبة نموذجية قد احتفر التقرح سطحها ولست ارى حاجة الى التوسع في هذه الامور التي اصبحت معروفة فضلًا عن ان المشاهدة التي صادفتها حديثاً لا تأتي بشيء جديد في هذا الموضوع .

ب : اشتراك القرحة اللينة والداء الحبيبي : قد يصادف ١ً — تعاقب الاثنانين (غاته نيقولا . لوبو . شاربي . شوفاليه وبرنار . رافو وكاشارا . شولمان) وتبدأ القرحة اللينة في الغالب (التفاعل الأدمي الايجابي بالدملكوس) ولا تجدي المعالجة بالدملكوس نفعاً وتتبدل الاعراض السريرية بظهور التهاب العقد اللنفاوية الحرقفية وتفاعل فراي الايجابي بعد مرور مدة تتبدل من اسبوعين الى ستة اسابيع من ابتداء المرض وهي الموافقة لفرق مدة الحضانة في هذين المرضين .

٢ — الاشتراك الحقيقي الناجم عن تلوث واحد (وهو اقل حدوثاً) فيكون شكل الدبلة (bubon) القرحي غير نموذجي وتلتهب العقد الانفاوية الحرقفية والتفاعل الادمي بالدملكوس وبمولدة ضد فراي ايجابيان في آن واحد وهذا ما يوضح سبب اخفاق الدملكوس (الدليل العملي لتشخيص ضخامات العقد اللنفاوية القرحية والداء اللنفاوي الحبيبي لشركة سباسيا) .

٣ — اشتراك داء الافرنج والداء الحبيبي : انه اشتراك اقل شأناً في السريريات لان اعراض داء الافرنج البدئي هي القرحة وعرض داء نيقولا فافر هو الدبلة ومع ذلك فقد يصادف هذا الاشتراك بين حين وآخر فتسير العفونتان معاً وفي آن واحد لان حضانةداء نيقولا فافر هي ١٠ — ٣٠ يوماً كحضانة داء الافرنج وتعد القرحة الافرنجية الحبيبية كقرحة افرنجية ولا تستغرب ضخامة العقد اللنفاوية فيها لان التهاب هذه العقد في داء نقولا فافر يشبه في بدئه التهاب العقد الافرنجي غير انه مؤلم قليلاً وبينا تحسن القرحة بفعل المعالجة الشديدة يزداد حجم العقد ويمتد الالتهاب الى محيطها مكوناً كتلة محدبة مؤلمة ، فيشك حينئذٍ بعفونةمفردةهيالقرحة اللينة او الداء اللنفاوي الحبيبي ويثبت تفاعل فراي هذا الداء الاخير ولنذكر ايضاً اشتراك داء الافرنج والقرحة اللينة والداء اللنفاوي الحبيبي وقدرأيت منه حادثة في مستشفى القديس لويس في شعبة استاذي رافو . واخبرني صديقيالرئيس غوي لارو انه شاهد هذا الاشتراك المثلث كثيراً في بلاد انام .

٤ — اشتراك التهاب الحشفة العامي مع داء الافرنج: اود ان اذكر لكم الآن امراً قليلة معرفته .

المشاهدة : التهاب الحشفة السحجي القوسي (balanite érosive circinée) والقرحة الافرنجية: الجندي فيكتور ف. ارسل لعيادتي في شهر كانون الثاني السنة ٩٤٠ لالتهاب الحشفة وقد كان مصاباً بآفات سطحية سحجية وقوسية كثيرة الدوائر مكونة ما يشابه التهاب الحشفة السحجي القوسي المنسوب الى بيردال وباتاي . وقد شغلت السحجات الحشفة والثلم الحشفي القلفي متجاوزة قليلاً على حدود الوجه الانسي للقلفة فلم يكن شك في التهاب الحشفة غير ان احد الاعراض استرعى انتباهي وهو ان في احد جوانب القلفة سحجة متصفة بالصفات الآنفة الذكر نفسها فهي مدورة او بيضية

غير انها كانت اشد احراراً من تلك ومرتكزة على قاعدة صلبة وهذا ما حملني على الشك في طبيعتها وقد كشف الفحص الجرثومي فيها عدداً من البريميات وهي بريميات داء الافرنج ذاتها وليست متمعجات التهاب الحشفة ووسخ القلفة وتفاعل هشت ومانيكه جاءا بعد مدة قليلة مثبتين للداء الافرنجي وقد عولج المريض معالجة شديدة بالزرنيخ والبزموت داخلاً وبالكي بنترات الفضة موضعياً . يتضح من هذه المشاهدة ان هذا المريض لم يتوضع داء الافرنج فيه توضعاً ثانوياً بل ان الآفتين اشتركتا لان العنصر البدئي البريمي كان شكله مشابهاً اتم المشابهة لعناصر التهاب الحشفة ولا ادري ما اذا كان المريض قد اصيب بالدائين معاً او ما اذا كان داء الافرنج قد زيد على التهاب الحشفة البدئي .

٥ً : العقبول (herpès) والامراض الزهرية : قد يشترك العقبول مع الامراض الزهرية باشكال مختلفة فقد يتبعها او يرافقها كما سنرى بعد هنيهة في احدى المشاهدات وقد تساءل ديدي ودوايون عما اذا كان العقبول الناكس لا ينجم عن آفة زهرية سابقة أضف الى ذلك ان العقبول قد يكون مدخلاً للعدوى بالقرحة اللينة او لداء الافرنج في اشخاص يعرضون انفسهم للاصابة بهما وان اندفاع العقبول قد يتقدم او يرافق ظهور قرحة افرنجية فلا تشخص طبيعتها او يتأخر تشخيصها (داريه)

٦ً : اشتراك مرض زهري وجراثيم مقيحة عادية : اصل الآن الى امور معروفة حق المعرفة وهي مشاركة مرض زهري نوعي لجراثيم مقيحة اعتيادية ولهذه الاشتراكات مظاهر عديدة ومفيدة ارغب في ايضاحها لما ينشأ عنها من المشاكل السريرية :

ففي القسم الاول منها : ١ — العفونة الاولى هي آفة نوعية زهرية كداء الافرنج او القرحة اللينة والعفونة الثانوية ناجمة عن الجراثيم المقيحة العادية وهذه الامور عادية ولست ارغب في التوسع فيها لانها لا تخرج عن كونها قرحة متعفنة ويعلم الممارسون جيداً ما تحدثه عفونة ثانوية من التغيير في شكل القرحة البدئية سواء أكانت لينة او افرنجية وان ابرز خاصة تتصف بها هذه العفونة الثانوية هي انها تمحو عن سطح القرحة الجراثيم النوعية اي البريميات وعصية دوكري فلا يستطاع العثور عليها كما لو عوملت القرحة بمطهر قبل نزع المادة منها للفحص المجهري . وقد عالجت حديثاً حوادث عدة كان شكل القرحات فيها وتقيحها ينفي تماماً كونها زهرية ولم يعثر على البريميات فيها غير اني لحسن

الحظ كنت الجأ دائماً الى فحص الدم الذي كان يعود ايجابياً بعد ان كان سلبياً وكان داء الافرنج سبب تلك القرحات على الرغم من اختلاف شكل الآفة . وبديهي ان هؤلاء المرضى قد عولجوا في الحال المعالجة النوعية اللازمة . واورد على سبيل الذكرى فقط اختلاطات اخرى سببها العفونة الثانوية كالغنغرينة والتأكل (phagédénisme).

٢ : العفونة الاولى ناجة عن الجراثيم العادية والعفونة الثانية نوعية وزهرية اي قرحة لينة او داء الافرنج فهي عكس الحالات السابقة فالآفة الاساسية هي التهاب الجلد المتقيح كحمرة الثنيات (impétigo) او اكتيا القضيب ويستند التشخيص الى منظر العناصر المرضية وتعددها وظهور امثالها على بقية انحاء الجسد ولكن هذه الآفات قد تكون باباً تدخله البريميات او عصية دوكري فينقلب شكل الآفة البدئية قرحة نوعية ويسهل التشخيص ولكنها قد لا تتبدل الا قليلاً فاذا لم تراقب مراقبة سريرية دقيقة ولم يلجأ الى الفحص المخبري والمصلي قد يسير المرض الزهري سيره الخفي ولا يعرف . وقد شاهدت في عيادتي اشخاصاً مصابين بمثل هذه الآفات ولم يكشفها سوى فحص الدم الذي اصبح ايجابياً رغم ان اوصافها السريرية كانت شبيهة بحمرة الثنيات فالتهاب الجلد المتقيح أعدّ السرير للبريميات في هذه الحالة .

ج — مشكلة تضيق القلفة وتضيقاتهـا الحلقية الالتهابية : تحدث العفونات الثانوية تضيقات قلفة التهابية فتنتج معضلة جديدة في تشخيصها . يأتي مريض مصاباً بالتهاب الحشفة والقلفة (balano-posthite) شديد حتى انه يتعذر رؤية الحشفة والثلم القلفي الحشفي وكل محاولة تؤلم وتذهب سدى فان القسم الامامي متورم احمر وينزّ من فوهة القلفة سيلان صديدي فعلى الطبيب في هذه الحالة ان يشخص آفة مستترة لان هذا التضيق القلفي قد يخفي آفات خطرة ولا يجوز الانتظار ريثما تأتي حمامات القضيب الموضعية والغسولات والراحة في السرير على الضيق لانه قد يستمر طويلاً وربما بضعة اسابيع تكون القرحة في اثنائها قد اضاعت اوصافها السريرية . فما عسانا نفعل في مثل هذه الاحوال؟ فليعلم ان تضيقات القلفة الشديدة تنجم في الغالب عن اشتراك الجراثيم المقيحة العادية مع القرحة اللينة او مع داء الافرنج او عن اشتراك الامراض الثلاثة معاً فعلينا ان نكرر تحرياتنا المخبرية باجراء التفاعل الادمي بالدملكوس والتفاعل المصلي الافرنجي حتى تحري البريميات ببزل

العقد اللنفاوية ما زلنا لا نستطيع الى الفحص المباشر سبيلا واليكم هذا المثال النموذجي:

المشاهدة الثانية : -- تضيق قلفة التهابي يخفي داء الافرنج الابتدائي : دخل الجندي السوري عيسى الشعبة الجلدية لتضيق قلفة التهابي شديد ، القلفة متوذمة حمراء ولا سيما في قسمها الامامي وذمة القلفة صلبة وتحول دون رؤية الحشفة الغائصة في صديد اصفر لايصدر عن الاحليل، ضخامة العقد اللنفاوية في الاربيتين واضحة. فكرت في القرحة اللينة المختبئة غير ان التفاعل الادمي بالدملكوس جاء سلبياً وبما ان المريض كان يتألم بشدة وكان منظر قضيبه فلغمونياً فقد حقنته بثلاث حباب من البروبيدون فكانت النتيجة ان خفت الاعراض وقد جاءت التفاعلات المصلية في الوقت نفسه ايجابية فلم يعد اقل شك في ان هذا المريض كان مصاباً بقرحة افرنجية مختبئة في الحشفة او في الثلم الحشفي القلفي لم تتمكن من رؤيتها .

ولكن اذا كان التشخيص في حالات ضيق القلفة الالتهابي لغزاً عسيراً فان الامر يسهل قليلا في تضيقات القلفة الخلفية الالتهابية لان الحشفة تكون ظاهرة فيها غير ان الآفات التي تصيب الثلم الحشفي القلفي قد يسترها تورم الحشفة وعلاوة على ذلك فان صفات الآفة تتغير دائماً بسبب التورم وتأخذ سريعاً شكلاً قرحياً وها كم مثالاً على ذلك :

المشاهدة الثالثة : تقرحات عديدة على القضيب لينة وافرنجية . التهاب الحشفة والقلفة المتقيح، تضيق قلفي خلفي التهابي : دخل الجندي السوري توفيق المستشفى مصاباً بتضيق القلفة الخلفي الشديد الالتهابي مع وذمة عظيمة في القضيب والتهاب الحشفة والقلفة المتقيح وقد حالت الوذمة المؤلمة دون فحص ثنايا القلفة المختنقة واجراء فحوص مجهرية مباشرة ، التفاعل الادمي بالدملكوس ايجابي بشدة، التفاعل المصلي الافرنجي سلبي في ٢٢ تشرين الثاني سنة ٩٣٩ . فالتشخيص كان ضيق القلفة الخلفي الالتهابي المختلط بقرحة لينة . وسع الضيق مرتين بالمكواة النارية وحقن بست حباب من اللقاح المضاد للقرحة اللينة ولم تهمل المعالجات الموضعية بالمطهرات والمحللات فتحسن التهاب الحشفة والقلفة تحسناً يذكر وخفت وذمة القضيب شيئاً فشيئاً واصبح من الممكن رؤية تقرحات ذات شأن على الحشفة والقلفة غير منتظمة بطيئة الندب على الرغم من استعمال المطهرات الموضعية وفي ٦ كانون الاول جاء التفاعل المصلي ايجابياً لطريقة هشت ومانيكه وفرن فالشخص كان مصاباً بداء

الافرنج ايضاً . ولم يكن مصاباً بافرنجي قديم لان التفاعل المصلي جاء سلبياً في الفحص الاول وقد تحسنت القرحات وشفيت اثر استعمال الادوية النوعية .

د : واليكم الآن مشاركة لم تذكر بعد على ما اظن وهي التهاب الحشفة والقلفة العنقودي مع قرحة لينة وهي المشاهدة الجديدة الوحدة في هذا التقرير :

المشاهدة ٤ : — حادثة التهاب الحشفة والقلفة العنقودى مع قرحة لينة وعقبول :

يوسف ك. عريف طيار عمره ٢٢ سنة ارسل الي في ١٢ كانون الثاني السنة ٩٤٠ لاندفاعات غريبة الشكل على وجه القلفة الباطن ظهرت فيه تدريجاً منذ التاسع من الشهر المذكور وهي اندفاعات صغيرة مدورة قعرها متقيح قليلة الالم ناجمة على ما يرجح عن انبثاق بثور رافقها انتباج عقد الاربيتين المؤلم ولا سيما اليمنى منها وقد ظهرت هذه الاندفاعات بعد الجماع بتسعة ايام ولم تعلُ حرارة المريض . فاستناداً الى حادثة نادرة لالتهاب الفم العنقودي صادفتها منذ بضع سنوات شخصت كونها من منشأ عنقودي وقد أكد الفحص المخبري ظني فاوضح ان تحتها الصديدية كانت مزرعة لمكورات عنقودية صرفة . وقد جاء تفاعل ايتو — رينستيرنا اي التفاعل الادمي بالدملكوس ايجابياً شديداً وقد ظهر باكراً وكان شديداً وطويل المدة ولم يكن هذا الشخص مصاباً من ذي قبل بالقرحة اللينة ولا يفوتنا ان عصية دوكري لم تظهر بالفحص المباشر . فعولج المريض بالدملكوس وتحسنت حاله منذ الحبابة الاولى فاصفرت الاندفاعات وزال احتقانها وندبت بسرعة زائدة وكذلك كان شأن العقد اللنفاوية التي زال ألمها وغارت تماماً وهناك امر ذو شأن وهو ان باقة من العقابيل ظهرت على القضيب بعد اربعة ايام من دخول المريض للمستشفى ولا يمكن عزوها الى ارتكاس الدملكوس لسرعة ظهورها بل يتراءى لي ان الاندفاعات العنقودية والقرحية سهلت ظهورها . ان هذه المشاهدة تستحق الذكر لانها تكشف مشاركة جرثومية جديدة ولأن شكل التقرحات فيها لا يشبه القرحة اللينة مطلقاً .

الخلاصة : اني اكرر ما يقوله اساتذتنا وهو ان كل تقرح تناسلي ولو بدا تشخيصه واضحاً يستلزم دائماً التفتيش عن الامراض الزهرية الكبيرة اي داء الافرنج والقرحة اللينة ومرض نيقولا فافر ويتطلب التحريات السريرية والمخبرية الدقيقة وذلك بتحري عصيات دوكري والبريميات في القرحة وفي عصارة العقد اللنفاوية المرافقة بما فوق المجهر. وبالفحص

المصلي في كل اسبوع او على الأقل في كل ١٤ يوماً خلال شهرين كاملين . وبالتفاعل الادمي (ايتو — رينستيرنا) في القرحة اللينة وتفاعل فراي في الداء اللنفاوي الحبيبي . ولا حاجة الى التلقيح الذاتي لما لتفاعل ايتو من الشأن وعلينا في الممارسة وفي الحالات المشتبه بها ألا نهمل تكرار هذه الفحوص متى جاءت سلبية في البدء فقد لا ترى البريميات الا بعد تكرار الفحوص مراراً وليعلم ايضاً ان التفاعل الادمي بالدملكوس يظل سلبياً في الاسبوع الاول .

والخلاصة ان نتائج المخبر والسريريات تؤلف مجموعة يستلزم درسها صبراً وانتباهاً .

❁ ❁ ❁

٤ ـ توسطات على العصب الودي لتسكين الالم

في ثلاثة مصابين بالسرطان

للعليم لوسركل

ترجمها العليم عزة مريدن

في اليوم الاول من تشرين الثاني السنة ١٩٣٨ قدم اليّ المدعو أبو صالح المصاب بالسرطان وعمره ٥٨ سنة وفي حفرته الحرقفية شرج اصطناعي ثابت، لآلام حوضية لا تحتمل قد اعترته منذ شهور عديدة لا يسكنها المورفين ، وقد حدثته نفسه مراراً بالانتحار بعد ان أخفقت جميع الوسائل في تخفيف آلامه وتحسين حالته التعسة واليكم قصته :

في ٥ حزيران السنة ١٩٣٧ اقتطعت خزعة من ورم صغير مستقيمي اكتشف باللمس بعد اخفاق جميع المعالجات التي وجهت الى التناذر الزحاري الذي ظهر فيه منذ شهرين او ثلاثة اشهر وكانت نتيجة الفحص النسيجي الذي اجراه الاستاذ (بورسين) ان الورم بشري اسطواني نموذجي ، فاشير على المريض عندئذ بتحويل البراز عن الورم قبل المعالجة الشعاعية التي يستطيع المريض متابعتها في مؤسسة المعهد الطبي الفرنسي في بيروت .

ظل المريض يفكر شهراً ثم فضل السفر الى باريز حيث أجرى له الاستاذ (غوسه) شرجاً حرقفياً ، ثم طبقت في جوف مستقيمه معالجة بالراديوم والاشعة (الدكتور برتيلون آب وايلول ١٩٣٧) ولم تحدث حتى هذا التاريخ عرقلة تذكر . وبعد قليل من عودته لسورية ، بدا فيه زحير ما عتم ان اصبح لا يحتمل، ترافقه مفرزات غزيرة ، سبّبها من غير شك التهاب المستقيم المتأخر ثم انتشرت الآلام في الحوض جميعه ، وتزايدت باضطراد ، ودعت الى تخدير المريض بصورة مستمرة بالسكوبولامين والمورفين وسم الكوبرا وغير ذلك . ولم يمض قليل حتى نفد تأثير هذه الادوية وساءت حالة المريض العامة ، فاشير عليه

بالاستشماع ثانية فاجراه له في بيروت الاستاذ (شومه) .

حينما رأيت المريض للمرة الاولى كان قد مضى عليه سبعة اشهر ، لم يتحسن في خلالها ، بل زادت آلامه ، وعاد المس شاقاً يكشف عن كتلة كبيرة ثابتة تملأ الحوض ولا يستطاع تحديدها ، وما بقي من لمة المستقيم محشو ببراعم متقرحة ، وبلغ مقدار المورفين في كل يوم عشرة سانتغرامات ، وعلى الرغم من ذلك فان آلام هذا التعس كانت مبرحة

فاقترحت عليه تجربة التخضيب القطني حتى اذا سكن الألم اعقبناه بقطع السلاسل الودية واجريت التخضيب القطني بالنوفوكايين مرتين او ثلاث مرات في الطرفين الايمن والايسر فكانت الآلام تهدأ ساعة او ساعتين .

ثم نزعت السلسلة القطنية اليمنى مـا وراء الصفاق في ٨ كانون الاول ٩٣٨ وا كملت العملية في ١٧ كانون الاول بنزع السلسلة القطنية اليسرى ، (نظفت ساحة العملية بالغول واجريت الشق خلف الشرج الاصطناعي وندب الجرح بدون طارىء) .

لم تسكن الآلام فوراً ، بل بدت كأنها سكنت سكوناً محسوساً مساء يوم كل من العمليتين ، ولا بد ان يكون لمنع المورفين عن المريض ، بعض التأثير في الاخلال بالنتائج وفي كل حال نقصت مفرزات المستقيم بتاريخ ٢ كانون الثاني ٩٣٩ اعني بعد ١٥ يوماً من العملية الثانية ، وزال بعض الارق ، وامحت الآلام الحوضية الشديدة .

وغادر المريض فراش المستشفى وعاد تواً الى داره، لا يحمل من الألم شيئاً ولايشكو الا حس ثقل في العجان وبعض المفرزات المدماة التي كانت ترغمه على استعمال الحفاظ وتابع التحسن سيره منذ ذلك التاريخ .

وفي ١٢ نيسان كان المريض قد استعاد ١٢ كيلو غراماً من وزنه وعاد كأنه قد بعث الى الحياة جديداً ، ولم يبق ما يزعجه غير نز مصلي شرجي مستقيمي خفيف متقطع .

واعتقد المريض انه شفي وطلب الينا اغلاق شرجه الحرقفي وفي ٢٩ تشرين الثاني ازدهرت حالة المريض ، وانقطعت المفرزات التي كانت تقلق باله انقطاعاً تاماً منـذ شهر ، وعاد المريض الى حياته السابقة حياة العمل التي كان قد حرمها .

ويشعر بمس شرج المريض بكتلة قاسية ، متصلبة كأنها جسم واحـد مع العجز وجدران الحوض الصغير ولمة المستقيم ضيقة كفناه لا تستطيع الاصبع المرور فيهـا اكثر

من بضعة سانتمترات .

وفي شباط ١٩٤٠ كانت حالة المريض العامة طيبة ، وامحت الآلام بتاتاً ، ولم يعد هذا الموضوع يشكو شيئاً واخذ يضرب في الارض مسافراً ، يتذوق لذة الحياة حتى الثمالة ، واصبح يغفل الحديث عن شرجه الحرقفي الذي ألفه كل الائتلاف .

اتعود الفائدة جميعها التي جناها المريض الى المعالجة الشعاعية ؟ ام للعملية الودية نصيب فيها ؟ أأثر توسع الاوعية في البؤرة وحسن حالها ؟ أسئلة لا استطيع الجواب عنها ، ومهما كان الامر ، فان الآلام التي بدت في المريض ودعتني الى التوسط كانت ناجمة عن سرطان المستقيم او التهابه التالي لاستعمال الراديوم ، او لاشتراك الامرين معاً ، وقد زالت بعد عشرين يوماً من التوسط على الودي ، في رجل اعتاد المورفين ، ولم تعد الادوية تخفف شيئاً من آلامه ، فهل كان هجوع النوب الناجمة عن التهاب المستقيم المشهور بآلامه ، وليدَ الصدفة بعد عملية الودي المضادة للألم ، وهل الآلام التي تحدثها هـذه العرقلة تتظاهر على النحو الذي بدت فيه : اشتداد تدريجي متزايد خلال خمسة عشر شهراً عقبه هدوء فجائي في بضعة ايام .

ان ممارستي الناقصة في امثال هذه العراقيل لا تسمح لي بحـل المشكلة ، ولـكني في كل حال لا اؤكد ان القطع الشامل لم يكن مساعداً على ذلك التحسن المفاجيء ، فهل يمكن القول بفعل الاقناع في مريض مضطرب النفس بعامل المخدرات ؟ ربما كان لهـذا الامر نصيبه من مجموع العناصر الفعالة الغامضة .

وأياً كانت الفرضية التي نستعين بها للشرح والتعليل فان امراً واحداً لا يزال صريحاً وهو ان رجلاً مصاباً بسرطان مستقيم لا يستطاع استئصاله عولج بالاشعة وظلّ يتألم بشدة خمسة عشر شهراً ، حتى انه لم ينم منذ سنة على الرغم من المقادير المتزايدة من الادوية المخدرة وقد زالت آلامه بتاتاً ، بعد ايام من قطع السلاسل الودية القطنية في الجانبين . ولا تزال حالته حسنة بعد انقضاء خمسة عشر شهراً على عمليته .

اما تعليل هذه النتائج فلا نستطيعه قبـل ان تجتمع لدينـا مشاهدات عديدة من هـذا النوع .

٢ً — قدور بك وعمره ٥٥ سنة ، قطعت معدته في نيسان ١٩٣٨ في مستشفى جامعة بيروت الاميركية لسرطان البواب . هدأ بعد العملية وظل هادئاً عشرة شهور .

ومنذ ثلاثة اشهر ، وذلك عند ما رأيته للمرة الاولى ، عادت آلامه بشدة متزايدة حتى اصبحت لا تحتمل وكانت تأتيه نوباً ، فيصيح في اثنائها ، ويمزق ثيابه ، وبالاختصار حالة لا تحتمل على الرغم من المخدرات المختلفة ومن ستة سانتغرامات من المورفين في كل يوم ، ويدعي هذا المريض ان آلامه اشد في القسم الايسر من الجذع ، تنتشر الى الكتف والذراع . اجريت له تخضيباً تجريبياً للعصبين الحشويين ، فخفت الآلام بعد قليل ، ودام الهدؤ بضع ساعات ، فأعيد التخضيب وكانت نتائجه كالاول، فاقترحت قطع الحشوي في الجانبين ، وبعد المذاكرة مع المريض واطبائه اجريت قطع الحشوي الايسر في ١٤ نيسان سنة ١٩٣٩ فكانت النتيجة باهرة وهجعت الآلام في المساء ، وفي اليوم الثاني لم يشك المريض الا جرحه الجراحي فقط ، واخذ التحسن يزداد حتى ان المريض اكتفى بالتوسط الاول وعدل عن العملية في الطرف الايمن .

وفي ٢٤ نيسان اصيب بنوبة جديدة ، اخف من سابقاتها فعاد الى المورفين ، واصبح المريض يدل على مصدر الالم في الحفرة الحرقفية اليمنى وانتشاره الى الجهة نفسها ، قد يكون هذا العارض زائلا ، ولكنه يبرر المحاولة في الايمن قبل ان نقول بالاخفاق ، غير ان المريض رفض التوسط وهذا الرفض دليل على التحسن ولا شك ، وسافر في ٢٦ نيسان الى القرية ليستعيد بعض قواه .

عدت الى فرنسة ، وبعد قليل من وصولي ، تلقيت كلمة أُسأل بها عما اذا كنت استطيع اجراء الزمن الثاني ولا بد من القول ان المريض لم يعد يشكو شيئاً في الجهة المبضوعة ولما كنت لا استطيع ان اصنع له شيئاً خلال العطلة ، اقترحت عليه بعد ان بدا لي ان السفر لا يتعبه، ان يأتي الى ستراسبورغ حيث يرى الاستاذ (لوريش) الذي يقرر ما يجب عمله.

فانصاع لما اشرت به وقطع الاستاذ لريش عصبه الحشوي الايمن في آخر حزيران ، وقد رأيته في فيتال بعد ايام متعباً ولكن ألمه قد خف فسافر الى باريز وعزم بعدها على زيارة الشاطيء اللازوردي قبل ان يركب البحر عائداً الى سورية ، ولم اعد اعرف عنه شيئاً . وقد أُتي به الى دمشق محمولاً ، فاستعلمت عن حاله وعرفت انه بعد قضاء ثمانية ايام

في باريز اشار عليه من معه بالرجوع الى مسقط رأسه، ومنذ ذلك الحين بدأت تسؤ حالته سريعاً : قمه تام ، يرقان يثبت احتمال استعمار الورم للمشكلة (البنكرياس) وعاش المريض شهراً بعدها في بيروت ويؤكد ذووه ان آلامه انقطعت انقطاعاً تاماً خلال عشرين يوماً بعد العملية ،واظن ان التوسط الودي لو بُكر فيه لكان احتمله المريض وجنى منه فائدة احسن واطول .

٣ً—أ . .عمره ٥٥سنةيشكو منذ خمس سنوات آلاماً شرسوفية وقبضاً عنيداً .

حالته الحاضرة : مريض مدنف ، آلامه شديدة مبرحة يلتوي حين حدوثها ويتأوه بلا انقطاع فيبعث تأوهه اضطراباً في القاعة التي استشفى فيها ليلاً نهاراً

فحص بالاشعة فظهر ان الباريت كان يجتاز المعدة بدون اقل عائق ولوحظ بعض اتساع في القولون ، فتح بطنه فتحاً استقصائياً في٢٢ نيسان ٣٩فشوهد استعمارسرطاني في وجه الكبد السفلي الذي كان ملتصقاً بالعمود الفقري ، وفي الايسر كتلة قاسية ثابتة شكلها متطاول كلوزة كبيرة جداً ، طبيعتها سرطانية على الاغلب ، ولم يكشف الاستقصاء السريع غير ما ذكر من الآفات الحشوية البدئية (المعدة،المشكلة ، الامعاء)

اغلق الجرح ووضع المريض مائلاً على المنضدة واجري له قطع الحشوي الايسر تحت الحجاب . وفي مساء اليوم نفسه نام المريض ، وفي اليوم الثاني زالت الآلام كلها ولم تعد ابداً حتى تاريخ مغادرته المستشفى بعد اثني عشر يوماً من التوسط ، ولم نرَ المضوع بعد ذلك.

لقد بدا لي ان النتائج السريعة التي تضمنتها سلسلة هذه المشاهدات كافية لاستعمال جراحة الالم متى عجزت الوسائط الاخرى عن تخفيفه .

❁❁❁

تقديم مرضى

للعليم نظمي القباني

أ — فتق عرطل

قدم الاستاذ الموسيو لوسركل لحضرتكم في جلسة سابقة هذا المريض مصاباً بفتق اربي ايمن عرطل فاسمحوا لي ان اقدمه لكم ثانية بعد ان رتقت فتقه في ١٨ كانون الثاني ٩٤٠

العملية : خدر المريض تخديراً قطنياً باربعة سانتغرامات من الستوفائين، شق الجلد زهاء ١٥ سانتمتراً وبعد فتح كيس الفتق انصب منه زهاء ليتر من سائل اصفر اللون وبدا في الكيس القسم الاعظم من المعى الدقيق والاعور والقولون الصاعد وقسم من المعترض وكانت عرى المعى الدقيق حرة غير ملتصقة اما الاعور والقولونان الصاعد والمعترض فكانت ملتصقة التصاقاً شديداً بكيس الفتق. رددت المعى الدقيق الى جوف البطن بدون صعوبة تذكر ثم جردت الاعور والقولون عن جدار الكيس وكان هذا التفريق صعباً ودقيقاً ، ورددت هذا القسم من المعى الغليظ ايضاً الى جوف البطن الذي كاد يضيق عن استيعاب هذه الاحشاء التي فقدت حق سكناها فيه بعد ان مرت على مغادرتها له ثماني عشرة سنة وخطت الكيس بغرز عديدة من الحشة ورممت الجدار بعدة غرز بشكل U وبشعر فلورنسة بعد ان ضاعفت جدر الناحية بشكل صدرية ثم قطعت الصفن المتسع ، المرتشح الذي تقرح قطبه السفلي ووجهه الخلفي وخطت الجلد اخيراً بشعر فلورنسه تاركاً احفوضاً في القسم السفلي من الجرح . وفي اليوم الثامن نزعت الخيوط وكان بعض الغرز متقيحاً واستمر التقيح بعض الوقت والمريض الان امامكم سيغادر المستشفى غداً عائداً الى قريته جذلاً بالعودة الى عمله الذي تركه منذ عدة سنوات بسبب فتقه العرطل .

٢ً — استئصال جسم الظنبوب برمته وتجدده

اقدم لحضرتكم صورة شعاعية لساق طفل عمره عشر سنوات دخل المستشفى منذ سنة مصاباً بالتهاب العظم والنقي الفائق الحدة والمزدوج القطب في الظنبوب الايسر فاسعفته اسعافاً سريعاً وبعد شق وجه الساق الامامي من اعلاه الى اسفله رأيت الظنبوب معرى

عن سمحاقه وغائصاً في الصديد الامر الذي اضطرني الى استئصال جسم العظم برمته والاحتفاظ بغضروفي الاتصال والمشاشتين والسمحاق . ثم دككت الجرح بالغزي (الشاش) وثبت الطرف في ميزابة جبس خلفية. فتحسنت الحالتان العامة والموضعية بسرعة بعد العملية ولما رأى اهل الطفل هذا التحسن اصروا على اخراجه من المستشفى قبل ان يندمل جرحه تماماً ثم عاد الينا منذ اسبوعين بناسور في الثلث العلوي من ساقه اليسرى نفسها ورسمت ساقه بالاشعة وهو الرسم الذي اتشرف بتقديمه لكم وفيه يبدو عدا الشظية الصغيرة المناسبة لناحية الناسور تجدد في عظم الظنبوب غير منتظم الشكل ولكنه متين متانة كافية تمكن هذا الطفل من المشي بدون انزعاج .

❀❀❀

بحث غريزي صحي عن النوم

بقلم العليمين

شفيق البابا — المساعد في المعهد الطبي

موفق المالكي — طبيب المستشفيات الداخلي

لا يكاد الوليد يبصر نور هذا العالم وتدوي فيه صرخته الاولى حتى تبدو لنا حياته موزعة بين حالتين احداهما اليقظة والثانية النوم ، وقد عدّ الفلاسفة والعلماء الحالة الاولى حياة حقيقية وشبهوا الثانية بالموت واعتبروا الوفاة نوماً ابدياً ، وشرعوا بالبحث عن مميزات كل من اليقظة والنوم واخذوا يتساءلون عن اسباب النوم وكيفية وقوعه وعن اليقظة واسبابها .

تشبه مظاهر النوم الاولى بعض مظاهر الراحة يستولي النوم فيها على الاعضاء بصورة تدريجية ومتتابعة فيسترخي ما يتحرك بالارادة من العضلات خلا المصرات والماضغات وتغلق الاجفان وتتجه الحدقتان الى فوق والجانب المحيطي غايتهما تكثيف الجفن العلوي الذي يسترها بزاوية القبة الحجاجية وذلك لتبعيد النور الذي يعرقل فعل النوم وسيره وتنقبض الحدقتان ويزداد انقباضهما شدة كلما كان النوم عميقاً ثم تخف الانعكاسات وقد تمحى وينقص تأثير التنبيهات المختلفة وقد يزول اثرها موقتاً على ان حاسة السمع اكثر الحواس عصياناً اذ هي آخر ما يغيبه النوم . يبطؤ التنفس ويصبح الشهيق عميقاً واطول من الزفير وبينا يكون التنفس في اليقظة والاضطجاع حجابياً ينفخ البطن يعود في اثناء النوم صدرياً ويفضي ذلك كله الى نقص في تهوية الرئة . يتناقص عدد دقات القلب ويخف قوتها ويهبط توتر الدم قليلاً وينشط هجومه نحو اقسام الجسم المحيطية فيركد فيها ركوداً قسمياً ، اما دورة الدم في الدماغ فلم يتفق عليها بعد وقد ادت تجارب موسو (Mosso) الى القول ببطء الدوران الدماغي ابان النوم وجاءت تجارب شيبارت (Shepart) مناقضة لذلك ومؤيدة لنشاط الدوران الدماغي في اثناء النوم. ويختلف شأن الافرازات في النوم اختلافاً كلياً اذ يقول سانكتوريوس (Sanctorius) ان ما يطرحه جسم الانسان من العرق خلال

الساعات السبع التي ينامها يعادل بمجموعه ما يفرز من بدنه من العرق في ساعات اليقظة ويثبت الواقع ان هذا القول ينطبق على افراز العرق فقط اذ يكفي دفء الفراش وما يتلوه من اتساع في العروق المحيطة لزيادة مقداره على الضد من الافراز الدمعي الذي يتناقص اثناء النوم لانقطاع الاجفان عن العمل وكذا يقال في نقص مقدار البول اضف اليه تبدل نسب ما يفرغ فيه من المواد فينشط انفراغ الفوسفور لاسترخاء العضلات (كلاتيمان Kleitman) ويقل مقدار الكلور والآزوت والحوامض الاسينية ويغزر افراز النشادر ، وما يلاحظ ايضاً هو ازدياد توتر حامض الفحم في السنوخ الرئوية في بدء النوم وتناقص هذا تدريجاً حتى الصباح وتشير التبدلات المذكورة الى اتجاه نحو حموضة الدم ونقص في احتساس المركز التنفسي تجاه تركيز شوارد الهيدروجين .

تهبط حرارة الجسم في اثناء نوم الليل قليلاً ويناسب ذلك عادة هبوط درجة حرارة المحيط وتختلف نتائج التطور الاساسي اذا قيست في الصباح بين ليلة قضاها النائم في هدوء وسكينة واخرى قضاها ارقاً مسهداً فهي اقل في النوم الهادىء منها في ليلة مؤرقة وتختلف ايضاً بين الراحة في اليقظة والنوم فهي تكون في الحالة الاولى اكثر مما في الثانية لان الحال المذكورة لا يصحبها ارتخاء في العضلات يماثل ما يبدو في الثانية ، ويمكننا ان نقول استناداً الى اكثر التجارب التي اجريت في هذا الصدد ان التطورات في اثناء النوم اقل مما في الراحة واليقظة ، وقد تزداد التطورات ايضاً في النوم الوقت الذي يتم في رابعة النهار لانه لا يصطحب حتماً بخفة التطور العام . ويستخلص بنديكت (Benedict) من اختباراته الطويلة التي قام بها في هذا الشأن قوله هذا وهو ان التطور (ماتابوليسم) في اثناء النوم اقل بكثير مما هو في اليقظة .

مميزات النوم الطبيعية : ان ما يمتاز به النوم الطبيعي عن النوم المرضي او الدوائي هو امكان ايقاظ النائم بشتى الوسائل وسهولة ايقاظه، بيد ان النوم الناجم عن تأثير الادوية او السموم او المخدرات لا يوقظ المصاب منه الا بصعوبة زائدة او بعد زوال اثر المخدر . وليعلم فضلاً عن ذلك ان قابلية التنبيه (excitabilité)تنقص في الساعات الاولى من النوم نقصاً سريعاً ومحسوساً فيبلغ النوم فيها اقصى شدته ثم يخف بعد ذلك حتى اليقظة على ان هذا يختلف ايضاً باختلاف الاشخاص وعاداتهم في نومهم . ويعود الانسان في اليقظة

الى الاتصال بمحيطه ويتم الانتقال من النوم الى اليقظة بسرعة او ببطء نسبي فان فرك الاعين والتمطي والنهوض من الفراش كلها امور تسهل عودة الاحتساسات والحركة وتتأخر عودتها خلاف ذلك اذا ما استسلم المضطجع الى حرارة الفراش ودفئه ، وتستعيد الاجفان في اليقظة سابق وضعها وتتسع الحدقة مدة من الزمن حتى يستتب توازنها ويبدو التوتر العضلي فيبطل استرخاء العضلات .

تختلف كيفية وقوع النوم باختلاف السن والاشخاص فمن الناس من ينام بسرعة فلا يكاد يستلقي على الفراش حتى يغط في نومه ومنهم من يتقلب عليه طويلاً قبل ان يحل السكرى في جفنيه على ان الرغبة في النوم والتفكير فيه يعجلان في وقوعه فيتثاقل الجفنان وتدمع العينان وتسترخي عضلات النقرة قبل غيرها ولذا نرى النائمين في وضع غير مناسب يندفع الرأس منهم الى الامام بين حين وآخر ، ويقل احتمال النائم للثياب الضاغطة بنتيجة نشاط الدورة المحيطية اثناء النوم . ويمتاز بدء النوم بتعب الدماغ وفتور الانتباه وتخف التنبيهات الحسية والارتكاسات الحركية التي تنجم عادة عنها .

اسباب النوم : يقول بعض المؤلفين ان النوم ينشأ عن الانسمام بمواد تراكمت في الجسم ناجمة عن التعب او اليقظة وقد استخلص من تجارب (لوجاندر وبيارون Legendre et Piarron) النتيجة التالية : كلما طالت مدة اليقظة اشتدت الحاجة الى النوم حتى انه قد يأتي حين يصبح فيه النوم قاهراً لا يستطيع الشخص الافلات منه وما سبب ذلك الا انسمام البدن بمادة مجهولة لها صفات الذيفان والخميرة وتصادف في الدم وسائل الدماغ والنخاع الشوكي وفي المخ وهي وليدة بعض التطورات الخاصة وتجلى تأثيرها في الخلايا الهرمية خاصة والخلايا الكثيرة الاشكال التي تصادف في قشر الدماغ وفي خلايا بوركنج المخيخية وفي خلايا العقد الشوكية . وهذه المادة المنومة (ذيفان النوم hypnotoxine) هي بحسب رأي بيارون مادة تختلف عن سم التعب ولا يخفى مع ذلك ان التعب العضلي متى كان شديداً عاق النوم وسبب الارق مدة من الزمن .

لا جرم ان اثر النوم في راحة البدن ونشاطه امر مشهور لا يحتاج الى ايضاح على ان من الخطإ تشبيه الحاجة الى الطعام بالحاجة الى النوم لان حس الجوع يكاد يضمحل تقريباً في مدمني الصيام او الحمية الخاصة على النقيض من النوم الذي تزداد الحاجة اليه

في من اضطر الى النكول عنه وتبدو قاهرة ومسيطرة لا مناص من الخضوع والاستسلام اليها ويقول بارون ان سم النوم لا يجلب النوم بتسميمه الخلايا بل بما يولده من ارتكاسات ناهية لتأثير التنبيهات المحيطية التي تقتضيها اليقظة والعمل .

لقد قيل منذ عهد قديم استناداً الى ما يلاحظ من اوضاع الانسان ابان نومه وما يلتمس من الوسائل الميسرة له ان من اعظم اسبابه اجتناب التنبيهات والابتعاد عنها الا ان اختبارات كثير من علماء الغرائز امثال هوبل (Heubll) وسترومبل (Strümpell) وغولز (Goltz) اثبتت ان ابطال تنبيه الدماغ بازالة قشره لا يحول دون النوم حتى ان الكلاب التي نزع قشر دماغها كانت تبدي مظاهر النوم واليقظة ويدعم ذلك مشاهدات هرز (Herz) وريدل (Riedel) عن الصم والعمي وعن المصابين بالعمى والصمم معاً اذ تشير الى عدم ضرورة الاحساسات السمعية والبصرية لاحداث اليقظة وانه لا بد في التفسير من البحث عن عوامل باطنة تدعو الى اليقظة

يقول براون سكوار ان الحادث الاساسي في النوم الاعتيادي هو فقد الوعي بعمل ناه يزيل الارتباط بين حادثين متباعين احدهما لازم والآخر ملزوم له ويسمى الارتكاس المتصل بهما ارتكاساً شرطياً ويزعم بان النوم نتيجة نهي يفك ارتباط الحادثين المذكورين ويأتي لنا بمثال صريح على الارتكاسات الشرطية فيقول ان الغدد اللعابية تشرع بالافراز اذا باشر الانسان الطعام ويقع ذلك بارتكاس اصلي او مطلق غير ان مجرد حضور الطعام وحده يكفي لحفز تلك الغدد على الافراز ويمكن ان يستعاض عن حضور الطعام بحادث مماثل كقرع جرس يؤذن بحلول وقت الطعام وتعد الارتكاسات الاخيرة ارتكاسات شرطية وهي ذات شأن في الحياة يكتسب الحيوان اكثرها بالعادة والتعليم وتقع مراكز انطباعها في قشر الدماغ فاذا ازيل زالت بزواله ، ونضيف الى ان الآلية العصبية مرتبطة بحادثين اساسيين التنبيه والنهي وتسبق الارتكاسات الشرطية عمل التنبيه المباشر والارتكاس الاصلي وان اثر حادث النهي في فك الارتباط بين الارتكاسات الشرطية يؤدي الى زوال التنبيهات المحيطية زوالاً موقتاً فيدعو الى النوم .

❁❁❁

فهرس اول

فيه مواد المجلد الرابع عشر من مجلة المعهد الطبي العربي

مرتبة على حروف المعجم

— أ —

الصفحة

الصفحة

— س —

— ش —

— ص —

— ض —

— ع —

الصفحة

— غ —

— ف —

— ق —

— ك —

فهرس ثانٍ

فيه اسماء كتبة المقالات مرتبة على حروف المعجم

❁ ❁ ❁



